

**LÄHIVERKOSTON JA MASENTUNEISUUDEN VÄLINEN YHTEYS 85-  
VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ**

Pirjo Eirola

Tarja Niemi

Gerontologian ja kansan-  
terveyden pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Kevät 2001

# JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

## TIIVISTELMÄ

Eirola, Pirjo ja Niemi, Tarja: LÄHIVERKOSTON JA MASENTUNEISUUDEN VÄLINEN YHTEYS 85-VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ.

Pro gradu-tutkielma, s. 49, 2 liitettä (5 s.)

Gerontologia ja kansanterveys

Kevät 2001

---

Masentuneisuus on iäkkäillä henkilöillä varsin yleinen ilmiö, johon vaikuttavat monet tekijät. Vanhenemiseen kuuluu kriisejä ja menetyksiä, joihin ihmiset reagoivat yksilöllisesti. Ikä, sukupuoli ja lähiverkoston ihmissuhteet vaikuttavat yksilön mielialaan ja toimintakykyyn.

Tämän tutkielman tarkoitus oli tarkastella Jyväskylässä Ikivihreät-projektiin vuonna 1999 osallistuneiden, 85-vuotiaiden henkilöiden masentuneisuuden, lähiverkoston koon, tapaamisten useuden ja yhteydenpidon muotojen välistä yhteyttä. Tutkimukseen osallistui 131 henkilöä, joista miehiä oli 37 ja naisia 94. Masentuneisuutta mitattiin CES-D-asteikolla (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Masentuneisuuden ja lähiverkoston välistä yhteyttä kuvattiin frekvenssien, ristiintaulukoinnin, riskisuhteiden ja korrelaatiokertoimien avulla. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin varianssianalyysin avulla. Masentuneisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä pyrittiin löytämään tekemällä lineaarinen ja logistinen regressioanalyysi.

Masentuneisuuspistemäärien keskiarvot olivat 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä naisilla korkeammat (14,1 pistettä) kuin miehillä (13,6 pistettä). Lähiverkoston koko vaihteli suuresti ja se oli suurempi miehillä. Naiset tapasivat läheisiä ihmisiä hieman useammin kuin miehet. Molemmat sukupuolet tapasivat eniten naapureita ja toiseksi eniten omia lapsia. Miesten riskiä masentuneisuuteen lisäsi lähiverkoston pieni koko ja tapaamisten vähäisyys. Naisilla lähiverkoston koko tai tapaamisten useus ei selittänyt masentuneisuutta. Naiset käyttivät puhelinta pitäessään yhteyttä lapsiinsa, lapsenlapsiinsa ja lastenlastenlapsiinsa. Yhteyttä pidettiin eniten tapaamalla ihmisiä.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 IÄKKÄIDEN MASENTUNEISUUS .....	3
2.1 MASENTUNEISUUDEN KÄSITE .....	3
2.2 YLEISYYS.....	5
2.3 MASENTUNEISUUDEN RISKITEKIJÄT.....	6
2.4 MASENTUNEISUUDEN MITTARIT .....	7
3 IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN LÄHIVERKOSTO .....	9
4 LÄHIVERKOSTON MERKITYS.....	11
4.1 LÄHEISTEN IHMISSUHTEIDEN MENETYS .....	11
4.2 SUHTEET SUKULAISIN .....	12
4.3 YSTÄVYYS- JA NAAPURUUSSUHTEET .....	13
4.4 KULTTUURISET EROT .....	14
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	15
6 TUTKIMUSAINESTO JA SEN ANALYSOINTI.....	16
6.1 TUTKIMUSAINESTO .....	16
6.2 MASENTUNEISUUDEN SEULONNASSA KÄYTETTY CES-D-ASTEIKKO.....	16
6.3 AINEISTON KÄSITTELY JA MENETELMÄT .....	18
7 TULOKSET .....	20
7.1 AINEISTON TAUSTATIETOJEN KUVAILUA.....	20
7.2 LÄHIVERKOSTO.....	22
7.2.1 LÄHIVERKOSTON IHMISTEN LUKUMÄÄRÄ .....	22
7.2.2 LÄHIVERKOSTON TAPAAMISTEN USEUS .....	24
7.2.3 YHTEYDENPIDON MUODOT .....	26
7.3 MASENTUNEISUUTEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT .....	26
7.4 MASENTUNEISUUSPITEMÄÄRIEN TARKASTELUA SUHTEESSA LÄHIVERKOSTOON JA TAPAAMISTEN USEUTEEN .....	28
8 POHDINTA .....	32
LÄHTEET .....	36
LIITTEET.....	45

## 1 JOHDANTO

Masentuneisuus on yleistä iäkkäillä henkilöillä ja sen on todettu aiheuttavan toimintakyvyn heikkenemistä. Masentuneisuus on yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen ja itsemurhien esiintymiseen. Vanhuuteen liittyvää masentuneisuutta on pidetty toisinaan ikääntymiseen kuuluvana. Sitä ei ole aina huomattu eikä hoidettu riittävästi. (Katona 1995, Heikkinen 1998.)

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan jopa joka kolmas yli 75-vuotias kärsii masentuneisuudesta. Vakavan masennussairauden lisäksi muut masennusoirein ilmenevät lievemmat mielialahäiriöt nostavat masentuneisuuden esiintyvyyttä. Ensimmäiset viitteet vanhuksen masentuneisuudesta voivat näkyä alakuloisuutena, haluttomuutena kutsua vieraita tai lähteä ostoksille. Vanhusta voi vaivata arvottomuuden ja tarpeettomuuden tunne. Normaaliin vanhenemiseen kuuluu kriisejä ja menetyksiä, joihin osa vanhuksista reagoi masentuneisuudella. (Kivelä 1993, Laukkanen 1998.)

Ikääntymiseen voi liittyä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn menetyksiä. Suorituskyvyn rajoituksiin vaikuttavat yksilön sisäiset ja ulkoiset tekijät. Suorituskyvyn rajoitukset vaikeuttavat päivittäisiä toimintoja, aktiivista osallistumista ja sosiaalista kanssakäymistä. Jos ero iäkkään henkilön omien tavoitteiden ja toimintakyvyn välillä on hyvin suuri, vaatimustaso voi kasvaa niin suureksi, että henkilö masentuu. (Verbrugge 1990).

Psykologisen, fysiologisen tai anatomisen rakenteen vaurio ja siitä seuraava yksilön toiminnanvajavuuden on todettu haittaavan sosiaalista selviytymistä. Näillä tekijöillä on voimakas yhteys masentuneisuuteen. Sopeutuminen toimintakyvyn heikkenemiseen sen sijaan vähensi haittaa. Toiminnanvajavuuden aiheuttama haitta on merkittävä tekijä iäkkäiden masentuneisuuteen. Sosiaalisen tuen puute, yksinäisyys ja elämäntapahtumat kuten sairastuminen ja menetykset olivat voimakas riskitekijä masentuneisuuteen. Yksinäisyys jo itsessään on 12-kertainen riski masentua. (Verbrugge 1990, Prince ym. 1997 a ja b.)

Iäkkäillä hyvinvointiin vaikuttaa sosiaalinen selviytyminen, sosiaaliset verkostot, sosiaalinen aktiivisuus ja sosiaalinen tuki. Nämä seikat ovat yhteydessä terveyteen ja toimintakykyyn (Berkman ym. 1992, Heikkinen 1996, Beekman ym. 1997). Iäkkään ihmisen sosiaalinen lähiverkosto koostuu ihmisistä, joihin luetaan puoliso, lapset, sukulaiset, naapurit, ystävät ja tut-

tavat (van Tilburg 1998). Sosiaalisen verkoston tehtävänä on ylläpitää ihmisen hyvinvointia, antaa emotionaalista ja materiaalista tukea, palveluja, tietoa ja sosiaalisia kontakteja. Sosiaalista verkostoa mitataan niiden ihmisten lukumäärällä, joihin pidetään yllä sosiaalista kontakteja ja mittaamalla kuinka usein sosiaalisen verkostoon kuuluvia ihmisiä tavataan. (Bowling 1999.)

Iäkkäiden henkilöiden väestötutkimuksissa on tarkoituksenmukaista käyttää kliinistä depressiosairautta kartoittavien mittarien lisäksi myös sellaisia arviointivälineitä, jotka ottavat mukaan myös lievemmin oireilevia ihmisiä. Tällöin heitä voidaan auttaa jo ongelman varhaisvaiheessa ja estää masentuneisuuden paheneminen tai pitkittyminen. Iäkkäiden henkilöiden masentuneisuuden tutkimiseen on laajasti käytetty masentuneisuuden itsearviointiasteikkoa, CES-D-asteikkoa (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). (Radloff ym. 1977, Beekman ym. 1997.)

Tutkimuksemme tarkoitus oli selvittää, onko iäkkään ihmisen masentuneisuudella ja lähiverkostolla yhteyttä. Tutkimus perustui Ikivihreät-projektissa vuonna 1999 tehtyyn terveys- ja toimintakykytutkimuksen 131 henkilön haastatteluaineistoon, josta käytimme lähiverkostoon ja masentuneisuuteen liittyviä muuttujia. Tutkimme lähiverkoston ihmisten lukumäärää, tapaamisten useutta ja yhteydenpidon muotoja. Masentuneisuutta mitattiin CES-D-asteikolla.

Kiinnostuimme aiheesta, koska iäkkäiden henkilöiden masentuneisuus on niin yleinen ilmiö. Lisäksi hyvin iäkkäiden henkilöiden elämässä tapahtuu paljon muutoksia, jotka vaikuttavat heidän terveyteensä ja toimintakykyynsä. Ikääntymisen myötä sosiaalisten kontaktien määrä vähenee ja yksinäisyyden kokeminen lisääntyy. Toisaalta iäkkään ihmisen lähiverkostoa ja vuorovaikutussuhteita voitaisiin vahvistaa ja näin tukea hänen hyvinvointiaan.

## 2 IÄKKÄIDEN MASENTUNEISUUS

### 2.1 Masentuneisuuden käsite

Ihminen voi reagoida masentuneisuudella pettymyksiin ja menetyksiin. Masentuneisuus voi esiintyä lievänä oireiluna, alakulona tai vakavana depressiosairautena. Lievään masentuneisuuteen liittyy mielialan lasku, lisääntynyt väsymys ja kiinnostuksen puute. Alakulo on mielialan laskua, joka voi aiheutua esimerkiksi elämäntilanteen ristiriidoista, toteutumattomista tavoitteista tai läheisen ihmisen menetyksestä. Depressio eli masennus on vakava hoitoa vaativa sairaus. Englanninkielisessä kirjallisuudessa alakulosta käytetään nimitystä minor depression ja masennussairaudesta nimitystä major depression. (Heikkinen 1998, Beekman ym.1999, Tautiluokitus 1999.)

Masentuneisuuteen on monta syytä. Masennustilojen synty on ymmärrettävissä ajassa etenevänä monitekijäisenä prosessina, jossa altistavina tekijänä ovat geneettiset ja persoonallisuuteen liittyvät tekijät. Laukaisevina tekijöinä voivat olla ajankohtaiset elämänmuutokset ja hormonaaliset muutokset. Masentuneisuus muovaa ihmisen sosiaalista verkostoa. Mitä kauemmin masentuneisuus kestää, sitä selvemmin alkaa näkyä kielteisiä seurauksia sosiaalisissa suhteissa. Masennustilan syntyyn vaikuttavat tekijät eivät välttämättä ylläpidä masentuneisuutta tai ohjaa sen kulkua. (Isometsä 1999.)

Somatopsykiatrisen käsityksen mukaan depressio on psykosomaattinen sairaus eli seurausta biokemiallisista, sosiaalisista, geneettisistä ja neuroendokrinologisista tekijöistä. Masentuneisuuteen vaikuttaa myös yleinen terveydentila, persoonallisuus, sosiaalinen verkosto ja ihmisen koko elämänskaari. (Tamminen & Achte 1996.) Mielialaa sääteleviä välittäjäaineita ovat serotoniini, noradrenaliini ja dopamiini. Neurologisissa tutkimuksissa on löydetty iäkkäillä masentuneilla aivokammioiden suurenemista, valkean aivoaineen muutoksia ja kortikaalista atrofiaa. Masennukseen liittyy endokriinisiä muutoksia siten, että esimerkiksi steroidihormoneita tuotetaan liikaa. Ne iäkkäät henkilöt, jotka ovat kärsineet mielialahäiriöistä tai elimellisistä aivosairauksista, ovat erityisen alttiita eräiden lääkeaineiden mielialaa laskevalle vaikutukselle. Tällaisia lääkeaineita ovat esimerkiksi jotkin verenpaineen hoitoon käytetyt lääkkeet sekä kipu- ja särkylääkkeet ja steroidit. (Koponen & Leinonen 1999.) Masennussairauden perinnöllisyyttä selvittelevässä kaksostutkimuksessa miehillä ja naisilla masennuksen perinnöllis-

syys oli yhtä suuri, mutta yksilön elämäntapahtumat vaikuttivat myös häiriön laukeamiseen (Kendler 1999).

Depressio on vanhusten tavallisimpia mielialahäiriöitä. Masentuneet valittavat somaattisia oireita, kärsivät ruokahaluttomuudesta, ovat estyneitä tai kiihtyneitä. Lisäksi harhaluuloisuus sekä itsetuhoisuus ovat erityisen tavallisia masentuneilla vanhuksilla. Vaikeasti masentuneet vanukset menettävät nopeasti fyysisen ja sosiaalisen toimintakykynsä. Somaattinen terveydentila ja masennus liittyvät usein toisiinsa. Aivohalvauksen jälkitiloissa tai dementoivissa aivosairauksissa esiintyy masennusta. (Koponen & Leinonen 1999.) Tautiluokituksen (1999) mukaan masennussairaudessa henkilö kärsii mielialan laskusta, tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Häneltä puuttuu kyky nauttia tai keskittyä. Pienikin ponnistus johtaa uupumukseen. Uni voi olla häiriintynyt ja masentunut henkilö heräilee aamuisin tavanomaista aikaisemmin. Itsetunto ja itseluottamus ovat laskeneet ja masentunut henkilö kokee syyllisyyttä ja arvottomuutta. Masentunut henkilö on menettänyt mielenkiintonsa, hän ei koe mielihyvää ja psykomotorinen toiminta on hidastunut ja seksuaalinen halukkuus on vähentynyt.

Tutkittaessa iäkkäiden henkilöiden fysiologisia ominaisuuksia todettiin, että matala seerumin kokonaiskolesteroli ennusti vakavia seurauksia. Suomalaisen aineiston perusteella havaittiin, että 50-69-vuotiaiden miesten alhainen seerumin kokonaiskolesteroli oli yhteydessä masentuneeseen mielialaan, itsemurhakuolleisuuteen ja kohonneeseen riskiin joutua sairaalahoitoon depressiosairauden vuoksi. (Partonen ym. 1999.)

Masentuneisuutta ja sen syntyä koskevia yleisiä psykologisia teorioita on runsaasti. Psykoanalyttisen teorian mukaan masentuneisuudesta kärsivä henkilö suhtautuu ristiriitaisesti menetykseen, esimerkiksi puolison kuolemaan. Hän voi kohdistaa siitä aiheutuvan aggression itseensä. Kognitiivisen teorian mukaan masentuneisuus on syntynyt kognitiivisista vääristymistä ja tavasta hahmottaa itsensä negatiivisella tavalla. Masentuneet henkilöt kokevat itsensä arvottomiksi, kyvyttömiksi ja torjutuiksi. He odottavat tulevaisuudessakin kohtaavansa epäonnistumisia ja hylkäämisiä. Nämä kognitiiviset virhetulkinnat ylläpitävät ja vahvistavat depressiivistä tunnetilaa. Interpersonaalisen teorian lähtökohtana ovat havainnot, joiden mukaan masentuneisuus ilmaantuu läheisissä ihmissuhteissa tapahtuneiden muutosten jälkeen tai niihin liittyvien ongelmien yhteydessä. Tällaisia ongelma-alueita ovat suru ja menetykset, rooliristiriidat, roolimutokset ja vuorovaikutussuhteiden puutteellisuus. (Isometsä 1999.)

## 2.2 Yleisyys

Masentuneisuus on vanhuusiän yleisin mielenterveyden häiriö. Sen esiintymistä ilmaisevat luvut vaihtelevat jopa 1%:n ja 50%:n välillä. Yleisyyslukujen suurta vaihtelua selittää muun muassa se, että ne sisältävät sekä lievän masentuneisuuden että varsinaisen masennussairauden, depression. Koposen & Leinosen (1999) mukaan masennussairautta esiintyi lähes viidellä prosentilla suomalaisista eläkeikäisistä ja lisäksi ainakin 20 % kärsi lievemmistä mielialaoireista. Masentuneisuus oli naisilla yleisempää kuin miehillä. Lievä masentuneisuus eli alakuloisuus oli noin viisi kertaa yleisempää kuin vakava depressiosairaus. (Heikkinen 1998, Koponen & Leinonen 1999, Pulska ym. 1999) . Miesten masentuneisuus lisääntyi iän myötä. Masentuneisuus oli 75 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa yleisempää kuin nuorempien keskuudessa. Naisilla vastaavaa eroa ei todettu. (Arve 1999, Pulska ym. 1999, Päivärinta ym. 1999). Leskeksi jääminen ja alhainen sosioekonominen asema olivat yhteydessä sairastuvuuteen. Laitoksissa hoidettavilla potilailla mielialaoireet olivat tavallisempia kuin kotonaan asuvilla. Ikivihreät -tutkimuksessa kotonaan asuvilla vanhuksilla depressiivisiä oireita oli noin viidesosalla ja vanhainkodeissa asuvista miltei puolella. (Heikkinen 1996).

Pohjoismaisessa NORA – tutkimuksessa (Nordic Research on Ageing) havaittiin, että Jyväskylässä sekä miehet että naiset olivat masentuneempia kuin Göteborgissa ja Glostrupissa asuvat iäkkäät henkilöt. Yli 75-vuotiaat jyväskyläläiset naiset olivat masentuneempia (37%) kuin miehet (27%). Glostrupissa masentuneiden naisten osuus oli 28% ja miesten osuus 16%. Göteborgissa masentuneita naisia oli 24% ja miehiä 17%. (Heikkinen ym. 1997.)

Copelandin ym. (1999 a) mukaan masentuneisuus vaihteli Euroopassa yli 65-vuotiaiden keskuudessa huomattavasti: se oli alhaisin Islannissa (9%) ja korkein Saksassa (24%). Naisilla esiintyi masentuneisuutta enemmän kuin miehillä. Iän ja masentuneisuuden yleisyyden välillä ei ollut yhteyttä. Naisten masentuneisuus vaihteli suuresti ollen alhaisin Irlannissa (22%) ja korkein Italiassa (47%). Vastaavasti miehillä alhaisin masentuneisuusprosentti oli Islannissa (13%) ja korkein Saksassa (42%).

Yhdysvalloissa tehdyssä Alameda County- tutkimuksessa selvitettiin kotona asuvien henkilöiden masentuneisuutta. Kun pitkäikäistutkimuksessa seurattiin kahta kohorttia, masentuneisuus lisääntyi iän myötä. Masentuneisuus oli yleisintä vanhimmilla, yli 80-vuotiailla, henki-



löillä. (Roberts ym. 1997.) Kanadassa tehdyssä 40-vuotisessa Stirling County–tutkimuksessa masentuneisuuden yleisyys vaihteli eri aikoina yli 65-vuotiailla riippuen tutkimuksessa käytetyistä mittareista. Kyseisessä pitkittäistutkimuksessa masentuneisuuden yleisyydeksi saatiin noin viisi prosenttia. (Murphy ym. 2000.) Kotona asuvista yhdysvaltalaisista yli 65-vuotiaista vanhuksista 1% kärsi masennussairaudesta ja 14%:lla oli alakuloisuutta (Unützer ym. 1997).

Beekman ym. (1999) tutkivat masentuneisuuden esiintyvyyttä Euroopassa, Yhdysvalloissa ja Australiassa 1956-1996. Näiden 34 eri tutkimuksen perusteella kotona asuvien masentuneisuus vaihteli puolesta prosentista yhteen kolmasosaan. Lievä masentuneisuus oli yleisempi (10%) kuin varsinainen depressiosairaus (2 %) iäkkäillä henkilöillä. Näissä tutkimuksissa ilmeni, että naisten ja heikoista sosioekonomisista oloista olevien masentuneisuus oli yleisempää. Kulttuuriset ja maantieteelliset tekijät vaikuttivat erilaisiin sairastavuuslukuihin.

### 2.3 Masentuneisuuden riskitekijät

Masentuneisuus ilmaantuu usein jonkin menetyksen jälkeen, esimerkiksi omaisen kuoleman, avioeron tai parisuhteen hajoamisen, vakavan vammautumisen tai somaattisen sairastumisen jälkeen. Vaikeiden elämäntapahtumien aiheuttama stressi on merkittävä masennuksen taustatekijä. Jos ihminen kokee, että hän ei kyene hallitsemaan omaa elämäänsä fyysisistä, sosiaalisista, aineellisista tai ikään liittyvistä tekijöistä johtuen, niin tämä elämänhallinnan vaje saattaa olla masentuneisuuden riski. (Brandtstädter 1997, Isometsä 1999.)

Robertsin ym. (1997) ja Copeland ym. (1999 b.) mukaan sairastumisen riskitekijöitä olivat naissukupuoli, leskeys, alkoholiongelmat, toimintakyvyn rajoittuneisuus, fyysiset sairaudet, lääkkeiden väärinkäyttö ja elämään tyytymättömyys, kognitiiviset vaikeudet, suhteet naapureihin ja sosiaalinen eristyneisyys. Naisten riski sairastua masentuneisuuteen oli kaksi kertaa suurempi kuin miesten. Ikä sinänsä ei ollut riskitekijä, mutta iän myötä lisääntyvät sairaudet ja muut riskitekijät altistivat masentuneisuudelle. Fyysisen toimintakyvyn rajoitukset, kuten esimerkiksi halvaantumisen lisäksi riskiä kaksinkertaiseksi. Alkoholin liikakäyttö oli merkittävä riskitekijä ja lääkkeiden väärinkäyttö kymmenkertainen riski. Elämäänsä tyytymättömät altistuivat masentuneisuudelle erittäin usein.

## 2.4 Masentuneisuuden mittarit

Psykkissosiaalisen tilan arvioinneissa kartoitetaan mielialaoireiden esiintymistä, puuttumista, useutta tai voimakkuutta joko yleensä tai tietynä aikana. Niiden avulla ei tehdä diagnooseja, vaan voidaan tunnistaa sellaiset ihmiset, joilla on mielialahäiriöitä. Eniten käytettyjä ovat erilaiset masentuneisuus- ja ahdistuneisuusmittarit. (Heikkinen 1996.)

Kliinisessä käytössä on Amerikan psykiatriyhdistyksen kehittäämä tautiluokitus DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual). Masentunutta potilasta tutkittaessa voidaan edetä suoraan tämän kriteeristön mukaan. (Bowling 1999.) Päivärinta ym. (1999) käyttivät tätä tautiluokitusta tutkiessaan ei-dementoituneita yli 85-vuotiaita henkilöitä. Tällä kriteeristöllä määritettiin depressiosairaus. Lieväksi masentuneisuudeksi lääkäri määritteli ne tapaukset, joilla oli vähintään kaksi oiretta.

Masentuneisuutta on mitattu Radloffin (1977) väestötutkimuksia varten kehitetyllä CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) asteikolla. Tämä on itsearviointiasteikko, jolla etsitään depressiivistä oireilua väestössä. Edellisen viikon mielialaa kysytään tutkitavalta kahdellakymmenellä kysymyksellä.

Beck- kyselylomake (BDI, The Beck Depression Inventory) on eräs yleisimmistä depression vaikeusasteen ja yleisyyden selvittämiseen käytetyistä tutkimusvälineistä, joka on kehitetty jo vuonna 1961. Se on 21 väitteen itsearviointiasteikko, jota ei käytetä depressiodiagnostiikassa. Suomessa Ikivihreät-projektissa käytettiin tästä testistä Raitasalon kehittämää mielialakyselyä, RBDI. Tämä BDI-asteikko korreloi hyvin kliinisten arvioiden ja muiden depressioasteikkojen kanssa. Testillä on todettu olevan melko hyvä reliabiliteetti. (Heikkinen 1996, Bowling 1999.) Myös itsemurhavaaraa arvioitiin BDI:a apuna käyttäen. Vakavaa itsemurhaaikomusta kysyttiin kyselylomakkeessa, jossa oli selvästi mainittu itsemurhasuunnitelma tai mahdollisuus toteuttaa se. (Hintikka 1998.)

Zungin 1965 tekemä itsearviointiasteikko, Zung, käsittää kaksikymmentä väittämää. Tutkittavat arvioivat, kuinka hyvin väittämät kuvaavat heidän tilannettaan. Testi on helposti toteutettavissa ja sitä voidaan käyttää myös perusterveydenhuollossa. Sen validiteetti on hyvä, mutta

reliabiliteettia on tutkittu on vähän. (Bowling 1999.) Turussa käytettiin Zungin depressioasteikkoa 70-vuotiaiden masennusta tutkittaessa. (Arve ym. 1999.)

Hamiltonin 1959 tekemä Depression Rating Scale (HDRS) on laajalti käytetty 17 väittämän havainnointitesti, joka sisältää depression kognitiiviseen ajatteluun, käyttäytymiseen ja somaattisiin tekijöihin liittyvän arvioinnin. Tätä testiä käyttää koulutettu terveydenhuoltohenkilöstö. Vaikka Hamiltonin depressiotestiä ei käytetä depressiodiagnostiikassa, sillä voidaan arvioida diagnosoitun depression vaikeusastetta. Testillä on raportoitu olevan korkea vastaavuus muihin depressiivisyyttä mittaaviin testeihin, erityisesti Beckin kehittämään testiin. Testin sisäinen reliabiliteetti on todettu hyväksi. (Bowling 1999.)

Copeland ym. (1999 b) kehitti The Geriatric Mental State (GMS)-arviointiasteikon ja siihen liittyvän tietokoneavusteisen ohjelman nimeltään AGE-CAT (Computerized Diagnostic System) ja näistä käytetään nimitystä GMS-AGE-CAT. Se sisältää standardoituja testejä, haastattelukysymyksiä ja haastattelijan arviointeja tiedon luotettavuudesta. GMS- testillä on saavutettu korkea reliabiliteetti kokeneiden haastattelijoiden käyttämänä. Se on ollut myös hyödyllinen epidemiologisissa ja psykiatrisissa tutkimuksissa. (Abas ym. 1998, Bowling 1999.)

### 3 IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN LÄHIVERKOSTO

Ihmissuhteet ja yhteisöllinen osallistuminen tuottavat mielihyvää ja psyykkistä hyvinvointia. Sosiaaliseen hyvinvointiin iäkkäillä vaikuttaa sosiaalinen selviytyminen, sosiaaliset verkostot, sosiaalinen aktiivisuus ja sosiaalinen tuki. Vaikeudet näkyvät arkielämän ongelmina. (Heikkinen 1996.) Ihmisillä täytyy olla yhteyksiä toisiin ihmisiin, lähiverkostoa, saadakseen sosiaalista tukea. Sosiaaliset suhteet eivät aina kuitenkaan takaa sosiaalisen tuen saamista. Jokaisella yksilöllä on oma käsitys lähiverkoston liittyvistä vuorovaikutussuhteistaan. Sosiaalisen lähiverkoston tehtävänä on ylläpitää henkilön sosiaalista identiteettiä, antaa emotionaalista ja materiaalista tukea, palveluja, tietoa ja sosiaalisia kontakteja. (Bowling 1999.)

Sosiaalista tukea kuvataan emotionaalisena tukena. Sillä tarkoitetaan esimerkiksi mahdollisuutta keskustella päätöksistä. Toisaalta sosiaalinen tuki on konkreettisten asioiden hoitoa kuten vanhuksen saamaa apua päivittäisissä toimissa, ruoanlaitossa, kaupassa käynnissä tai siivouksessa ja kodin kunnostustöissä. Sosiaalista tukea mitataan sen suhteen, miten puoliso, lapset, ystävät, sukulaiset ja viranomaiset osallistuvat vanhuksen tukemiseen. Sitä voidaan mitata myös tutkimalla tuen säännöllisyyttä. (Seeman ym. 1996, Avlund ym. 1997, Mendes de Leon ym. 1999, Unger ym. 1999.)

Sosiaalisen tuen puute on yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen, sairastavuuteen, huonoon elämänlaatuun ja heikentyneeseen mielenterveyteen. Sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen vaikutus terveyteen ja toimintakykyyn on moniulotteinen. Sosiaalisen verkoston ulottuvuuksia ovat sosiaalisten suhteiden rakenne, lähiverkoston ihmisten lukumäärä, heidän tarjoamansa sosiaalinen tuki sekä henkilökohtainen kokemus tuen sopivuudesta. (Berkman ym. 1992.)

Ihmisen sosiaalinen verkosto koostuu ihmisistä, joihin luetaan useimmiten puoliso, lapset, sukulaiset, naapurit, ystävät, tuttavat ja kumppanit, jotka ovat suorassa henkilökohtaisessa yhteydessä häneen. Tavanomainen verkoston koko on viidestä kymmeneen henkilöä. (van Tilburg 1998.) Kun mitataan sosiaalista verkostoa, tutkitaan sitä onko puolisoa vai ei ja millainen sosiaalisten suhteiden lukumäärä on. Sosiaalinen verkosto sisältää siviilisäädyn, läheisten ihmissuhteiden lukumäärän (lapset, läheiset sukulaiset, läheiset ystävät ja koko lähiverkosto) sekä vierailujen ja tapaamisten määrän. (Seeman ym. 1996, Unger ym. 1999.) Lähi-

verkoston rakenteellisiin tekijöihin luetaan läheisten lukumäärä, heidän maantieteellinen sijaintinsa, verkoston integroituminen, verkoston samanlaisuus tai erilaisuus, jäsenten tapaa-  
misten useus, vuorovaikutuksen voimakkuus, sosiaalinen osallistuminen ja ihmissuhteiden  
pysyvyys. Lähiverkoston koolla tarkoitetaan niiden ihmisten lukumäärää, joihin pidetään yllä  
sosiaalista kontaktia. Maantieteellisesti lähiverkoston ihmiset voivat sijaita hyvin laajalla alu-  
eella kuten naapurit lähistöllä ja ystävät pitkienkin matkojen päässä. Asuinpaikan muuttami-  
nen voi vaikuttaa kontaktien määrään. Integroitumisella tarkoitetaan sitä, että lähiverkosto on  
osa muita verkostoja. Lähiverkosto jäsentyy sukulaisuussuhteiden, tuttavuuden tai sosioeko-  
nomisen aseman suhteen. Sidosten voimakkuudella tarkoitetaan vastavuoroisuuden astetta,  
suhteen kestävyyttä ja saatavuutta sekä emotionaalista voimakkuutta. Sosiaalinen osallistumi-  
nen sisältää osallistumisen sosiaaliseen, poliittiseen, koulutukselliseen, kirkolliseen tai muu-  
hun toimintaan. Nämä rakenteet saattavat vaikuttaa fyysiseen ja psyykkiseen tukeen sekä sii-  
hen, miten se vastaa ihmisen omiin tarpeisiin ja miten hän kokee lähiverkoston. (Bowling  
1999.) Sosiaalisen verkoston laadullisia tekijöitä Klasonin (1995) mukaan ovat avoimuus,  
saatavissa oleminen, vastavuoroisuus, jatkuvuus, tiiviys ja yhteenkuuluvuus.

Tutkittaessa muutoksia nykypäivän ja 1940- ja 1950- lukujen välillä havaittiin, että iäkkäät  
ihmiset asuvat nykyisin enemmän yksin tai vain puolisonsa kanssa eivätkä aikuisten lastensa  
kanssa. Sama ilmiö oli nähtävissä sekä valkoisen väestön että etnisten väestöryhmien keskuu-  
dessa. Eroja ilmeni perheen ja ystävien merkityksellisyyden kokemisessa sekä siinä, millä  
tavalla yhteyksiä pidettiin yllä. (Phillipson ym. 1998.)

## 4 LÄHIVERKOSTON MERKITYS

Suomessa on tutkittu yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytymistä. Vanhuksista 45 % asui omaisen kanssa ja 55 % yksin. Se, asuiko vanhus yksin tai omaisen kanssa, ei vaikuttanut siihen, millaiseksi hän koki terveydentilansa. Tutkituista 68 % piti yhteyttä omaisiinsa päivittäin, 30 % viikoittain ja 2 % harvemmin. Jos vanhukset asuivat jonkun omaisen kanssa tai heillä oli lapsia samalla paikkakunnalla, sosiaalinen tuki löytyi tarvittaessa läheltä. Naiset olivat yhteydessä omaisiinsa ja ystäviinsä useammin kuin miehet. Aloitteen tapaamiseen teki lähes yhtä usein vanhus itse (38 %) kuin omainen (40%). Miehet ja naiset olivat yhtä aktiivisia tapaamisten järjestämisessä. Vanhukset kokivat, että heidän elämäänsä antoivat voimavaroja uskonnolliset asiat, puoliso ja lapset perheineen, positiivinen elämänsenne, terveys sekä mahdollisuus asua kotona. (Roine ym. 2000.) Tervon & Pietilän (1995) mukaan vanhusten kotona selviytymistä tukivat sosiaaliset kontaktit, päivittäiset tapahtumat ja aikaisemmat elämäkokemukset.

Naimattomien lapsettomien yli 85-vuotiaiden henkilöiden on vaikea ottaa vastaan käytettävissä olevaa tukea. Varsinkin miesten on havaittu olevan vaikea ottaa vastaan tukea. Naisten on helpompi antaa tukea toisille ja ottaa sitä itse vastaan. (Wu & Pollard 1998.) Tutkittaessa puolisoloiden toisiltaan saamaa tukea havaittiin, että tuki rakentui kolmesta tekijästä, asioiden hoitamisesta, emotionaalisesta tuesta ja uskottuna olemisesta (Anderson & McCulloch 1993.) Aviopuolisoiden masentuneisuutta tutkittiin aviosuhteen läheisyyden suhteen. Mikäli aviosuhde oli ollut läheinen, vaimoilla oli vähemmän masennusoireita, mutta miehillä oli niitä enemmän. Vaimot kokivat tärkeänä emotionaalisen tukensa miestänsä kohtaan. (Tower & Kasl 1996.)

### 4.1 Läheisten ihmissuhteiden menetys

Lähiverkoston muutosten havaittiin vaikuttavan iäkkäiden hyvinvointiin. Puolison menetys lisäsi heidän ahdistuneisuuttaan. Ennakoimaton puolison kuolema ja heikko taloudellinen tilanne, johon liittyi huono terveys, olivat yhteydessä vaikeaan yksinäisyyteen. Myöskin vaikeudet solmia kontakteja lisäsivät yksinäisyyttä. (van Baarsen ym. 1999.) Vanhoilla miehillä yksinäisyys lisääntyi iän myötä, erityisesti puolison menetyksen yhteydessä sekä laitoshoitoon joutuessa. Yksinäisyyden kokeminen oli yhteydessä omaan terveyteen, mutta ei fyysiseen tai

kognitiiviseen toimintakykyyn. (Tijhuis ym. 1999.) Leskeyden kokemiseen vaikutti muun muassa se, millaisena avioliitto oli koettu. Puolisostaan riippuvaiset henkilöt olivat ahdistuneempia kuin riippumattomat henkilöt. Naiset, jotka olivat asioiden hoidossa riippuvaisia miehistään, ikävöivät puolisoaan enemmän kuin miehet. (Carr ym. 2000.) Lesket kokivat enemmän yksinäisyyttä ja tyytymättömyyttä kuin naimisissa olevat. Leskeys vaikutti enemmän elämän kokemiseen kuin sosiaaliseen toimintaan. (Hokkanen & Jylhä 1994.) Suomessa lesket asuivat useammin palvelutaloissa kuin muut iäkkäät henkilöt. He kokivat terveytensä huonommaksi, heillä oli vähemmän kontakteja muihin ihmisiin ja vähemmän harrastuksia. Fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ennusti palvelutalossa asuvilla muun muassa harrastusten vähäinen määrä. Kotona asuvilla iäkkäillä näitä ennustavia tekijöitä olivat depressiivisten oireiden suuri lukumäärä ja vähäinen sosiaalinen osallistuminen. (Karjalainen 1999.)

#### 4.2 Suhteet sukulaisiin

Englannissa tehdyssä Bangor Longitudinal Study of Ageing- tutkimuksessa selvitettiin 16 vuoden ajan aikuisten lasten ja sisarusten suhteita iäkkäisiin vanhempiin. Suhteet olivat joko läheisiä tai etäisiä. Kaiken kaikkiaan tutkimusaikana vanhemmista huolehtiminen väheni. Läheiset kontaktit äiteihin eivät vähentyneet siinä määrin kuin isiin. Iäkkäiden henkilöiden suhteet omiin sisaruksiinsa tulivat etäisemmiksi, mutta lapsettomilla henkilöillä ne jäivät ennalleen tai tulivat kiinteämmiksi. Yli 80-vuotiaista 71 prosentilla oli ainakin yksi kiinteä ihmissuhde joko sisaruksensa tai lapsensa kanssa. Sukupuolten erot näkyivät näissä suhteissa. Isien suhteet lapsiinsa olivat etäisempiä kuin äitien. Miespuolisten sisarusten kesken suhteet eivät lähentyneet iän myötä. (Burholt & Wenger 1998.)

Kun sukulaisia oli vain yksi, iäkäs henkilö koki saavansa vähän apua asioiden hoidossa tai kriisitilanteessa. Kun sukulaisia oli useampia, vanhus koki saavansa enemmän tukea sukulaisiltaan sekä asioiden hoidossa että kriisin kohdatessa, esimerkiksi sairastuessaan. (Connidis 1994). Kun verrattiin vanhemmuuden ja lapsettomuuden vaikutusta sosiaaliseen tukeen havaittiin, että lapsettomuus vaikutti negatiivisesti vain naimattomilla miehillä ja naimisissa olevilla naisilla. (Wenger ym. 2000.) Tyttären siviilisäätty vaikutti siihen, minkä verran hän osallistui iäkkään vanhempansa hoitamiseen. Naimattomat ja leskeytyneet tyttäret osallistuivat eniten hoitoon. Naimisissa olevat tyttäret olivat eniten avuksi asioiden hoidossa, mutta nai-

mattomat olivat usein vanhempiansa ainoita asioiden hoitajia. Samassa taloudessa asuvat eronneet tyttäret toimivat useimmin omaishoitajina. (Brody ym. 1994.) Kun tutkittiin lapsuuden perheen vaikutusta, todettiin että jos vuorovaikutussuhteet olivat olleet läheisiä, lapset kantoivat enemmän vastuuta vanhemmistaan. Persoonallisuudeltaan ahdistuneet aikuiset lapset ja heidän vanhempansa olivat mieluummin yksin, mutta persoonallisuudeltaan ulospäinsuuntautuneet eivät kokeneet niin paljon yksinäisyyttä. (Whitbeck ym. 1994, Long & Martin 2000.)

### 4.3 Ystävyys- ja naapuruussuhteet

Kysyttäessä yli 80-vuotiaiden henkilöiden ystävien olemassaoloa ja vanhusten tyytyväisyyttä ystäväverkostoonsa tunnistettiin erilaisia ihmistyyppejä: ihmissuhteen sisältöä korostavat henkilöt, ihmissuhteisiinsa tyytymättömät, liian vähäisiä ihmissuhteita omaavat ja tilanteeseensa alistuneet. Tutkimusaikana ystävyysuhteiden määrä väheni tai lisääntyi tai katkenneet ystävyysuhteet elpyivät uudelleen. Uudet ystävyysuhteet solmittiin tavallisimmin samaa sukupuolta ja samaa ikäluokkaa edustavien sekä samoja arvoja kunnioittavien henkilöiden kanssa. Läheistä ihmissuhdetta voitiin pitää vanhuusiässä eristyneisyyden hoitona. (Jerome & Wenger 1999.)

Helsinkiläisvanhusten toimintakyky ja avun tarve -tutkimuksessa kysyttiin yli 85-vuotialta ystävien tapaamisen useutta. Tutkimusajankohdat olivat vuodet 1989 ja 1999. Naisilla ystävien tapaaminen viikoittain lisääntyi 64 %:sta 66 %:iin ja miesten tapaaminen ystävien kanssa lisääntyi 61%:sta 68 %:iin. (Pitkälä ym. 2000.)

Ystävät ja naapurit antoivat runsaasti sellaista tukea, mitä virallinen järjestelmä ei tuota. Tämä tuki vaikutti suoraan iäkkäiden ihmisten elämänlaatua parantavasti. Tuki oli joustavaa ja yksilöllistä. (Nocon & Pearson 2000.) Naapuruuden sosiaaliin rakenteisiin vaikutti se, kuinka paljon alueen asukkaat muuttivat tai miten tiheää asutus oli. Muun muassa kaupungistuminen vaikutti naapuruussuhteiden määrään. Voimakkaimmin tämä vaikutus oli nähtävissä vähätlöisten iäkkäiden henkilöiden kohdalla. (Thomése & van Tilburg 2000.)



#### 4.4 Kulttuuriset erot

Tanskalais-ruotsalais-suomalaisessa 75-vuotiaita koskevassa NORA-tutkimuksessa havaittiin, että naiset asuivat useammin yksin kuin miehet. Jyväskylässä naisilla oli merkittävästi vähemmän lapsia ja lastenlapsia kuin miehillä. Sitä vastoin Glostrupissa miehillä ja naisilla oli merkittävästi enemmän muita sukulaisia, mutta vähemmän ystäviä ja tuttavuuksia. Useimmilla iäkkäillä henkilöillä oli toimiva sosiaalinen verkosto. Sosiaaliset suhteet vaihtelivat alueittain: glostrupilaisilla oli vähemmän sosiaalisia kontakteja kuin göteborgilaisilla ja jyväskyläläisillä. Toimintakyvyllä ei ollut yhteyttä sosiaalisen verkoston rakenteeseen eikä kontaktien määrään. Myöskin lapsettomat saivat sosiaalista tukea. Göteborgissa ja Jyväskylässä yksinäisillä naisilla oli enemmän kontakteja ja he saivat enemmän apua sosiaalisesta verkostostaan kuin yksinäiset miehet. (Avlund ym. 1997.)

Kendig ym. (1999) mukaan Japanissa ja Australiassa puoliset, tyttäret ja pojat tukivat tunnetasolla vanhempiaan. Iäkkäät australialaiset saivat enemmän tunnetukea ystäviltä kuin japanilaiset. Iäkkäät japanilaiset saivat enemmän käytännön apua miniöiltään. Näissä kahdessa kulttuurissa odotettavissa olevan eliniän pidentyminen ja korkea elintaso vaikuttivat siihen, että vanhusten ihmissuhteet ovat alkaneet muistuttaa toisiaan siten, että tunneseikat korostuivat enemmän kuin velvollisuudet. Japanissa sosiaalinen osallistuminen ja sosiaalinen tuki olivat yhteydessä myös kuolleisuuteen. Nämä korreloivat myös kroonisiin sairauksiin, toimintakykyyn ja itsearvioituun terveyteen. (Sugisawa ym. 1994.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla 85-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähiverkoston lukumäärää, lähiverkoston tapaamisten useutta ja masentuneisuutta sekä niiden välistä yhteyttä.

### TUTKIMUSONGELMAT:

1. Kuinka paljon masentuneisuutta esiintyy 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä?
2. Millainen lähiverkosto 85-vuotiailla on?
3. Millaista on 85-vuotiaiden yhteydenpito lähiverkostoon?
4. Onko puolison kanssa asumisella, lähiverkoston ihmisten lukumäärällä tai lähiverkoston tapaamisten useudella yhteyttä masentuneisuuteen?

## 6 TUTKIMUSAINEISTO JA SEN ANALYSOINTI

### 6.1 Tutkimusaineisto

Tämä tutkimus perustuu Ikivihreät-projektissa vuonna 1999 kerättyyn 85-vuotiaiden jyväs- kyläläisten terveys- ja toimintakykytutkimuksen haastatteluaineistoon. Tutkimuksessa olivat mukana vuonna 1914 syntyneet jyväs- kyläläiset. Tämä aineisto on osa vuonna 1989 alkanutta seurantatutkimusta, joka toteutettiin myös Göteborgissa Ruotsissa ja Glostrupissa Tanskassa. Tutkittuja oli haastateltu jo aiemmin 75- ja 80-vuotiaina. Käytimme Ikivihreät-projektin pe- ruslomakkeen 1 kysymyksiä, josta valittiin lähiverkoston liittyvät muuttajat (Liite 1) sekä taustamuuttajat tutkituista ja lomakkeesta 2 masentuneisuusmittarin (CES-D) muuttajat (Liite 2). Lähiverkoston kuuluviksi muuttujiksi katsottiin puoliso, lapset, lastenlapset, las- tenlastenlapset, sisarukset ja sukulaiset, ystävät, tuttavat ja naapurit ja heidän lukumääränsä ja kuinka usein heitä tavattiin ja millaisia yhteydenpidon muodot olivat. Masentuneisuutta tut- kittiin masentuneisuusmittarilla saatujen tulosten avulla. Haastatteluun osallistuivat kaikki ne henkilöt, jotka kykenivät itse vastaamaan tai heistä saatiin muutoin tutkittavat tiedot. Aineisto käsitti 131 henkilöä, jotka kaikki olivat 85-vuotiaita. Tutkittavista naisia oli 94 ja miehiä 37.

### 6.2 Masentuneisuuden seulonnassa käytetty CES-D-asteikko

Masentuneisuutta on mitattu Radloffin (1977) väestötutkimuksia varten kehitetyllä CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) -asteikolla, joka on Yhdysvalloissa Na- tional Institute of Mental Healthin epidemiologisen osaston vuosina 1971-1973 kehittämä. Tämä on itsearviointiasteikko, jolla etsitään depressiivistä oireilua väestössä. Testillä on ha- vaittu olevan voimakas sensitiivisyys ja hyvä positiivinen ennustearvo etsittäessä edellisen kuukauden aikana esiintyneitä masennusoireita. (Heikkinen 1996, Bowling 1999.) Pohjois- maisessa NORA-projektissa (Nordic Research on Ageing) käytettiin yli 75-vuotiaiden ma- sentuneisuuden tutkimisessa CES-D-itsearviointimittaria, joka oli kehitetty erityisesti kotona asuvien henkilöiden tutkimiseen. (Heikkinen ym. 1997.)

Edellisen viikon mielialaa kysyttiin CES-D-asteikolla, jossa oli kuusi masentuneisuuden oire-alueita ja niitä mittaavia osioita oli 20. Kukin osio pisteytettiin 0:sta 3:een, joten pisteet jakautuivat 0–60. Masentuneisuuden oirealueita olivat masentunut mieliala, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, avuttomuuden ja toivottomuuden tunteet, energian puute, ruokahaluttomuus ja unihäiriöt. (Radloff 1977, Heikkinen 1996, Heikkinen 1997.) CES-D-asteikosta on kehitetty myös viisiosioinen lyhennetty versio (Rouch-Leroyer 2000).

Mittaria käytettäessä on tärkeää määrittää se rajauspistemäärä, joka jakaa tutkittavat ei-masentuneisiin ja masentuneisiin. Husaini ym. (1980) ovat arvioineet masentuneisuutta osoittavia pistemääriä siten, että mahdollista masentuneisuutta osoittaa 17 pistettä ylittävä pistemäärä tai masentuneisuuden todennäköisyyttä osoittaa 23 pistettä ylittävä pistemäärä. CES-D-mittarilla pystyttiin erottelamaan masentuneet ja ei-masentuneet. Sitä voitiin käyttää erilaisilla potilasryhmillä ja sellaisilla depressiopotilailla, joilla ongelmien vakavuus vaihteli. Useimmiten katkaisupisteenä on käytetty 16 pistettä. Masentuneiksi tai masennusoireista kärsiviksi katsottiin myös tässä tutkimuksessa sellaiset henkilöt, joiden pistemäärä oli 16 tai enemmän. (Radloff 1977, Weissman ym. 1977, Heikkinen ym. 1995, Beekman ym. 1997, Heikkinen 1998.)

CES-D-arviointiasteikkoa on käytetty masentuneisuuden tutkimiseen potilasryhmillä ja väestötasolla eri ikäisten, erilaisissa kulttuureissa, erilaisissa maantieteellisissä olosuhteissa asuvin, erilaisen koulutustaustan, erilaisen kielen omaavien, erilaisia somaattisia ja psyykkisiä sairauksia potevien keskuudessa. (Husaini ym. 1980, Roberts ym. 1989, Roberts ym. 1990, Heikkinen ym. 1995, Lewinsohn ym. 1997, Schein & Koenig 1997, Geerlings ym. 2000.)

Reliabiliteetti ilmaisee, tuottaako mittari uudelleen mitattaessa saman tuloksen eli onko tutkimus toistettavissa. Tutkimuksen validiteetti ilmaisee mittarin luotettavuutta. (Berger & Patchner 1988, Nummenmaa ym. 1997.) Sisällön validiteettin vaikuttaa, kuinka hyvin mittarin osiot edustavat kliinisessä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa esiintyviä masentuneisuuden pääoireita. Testitulokset osoittivat, että CES-D-asteikolla oli korkea sensitiivisyys ja hyvä positiivinen ennustearvo, kun etsittiin depressiivisiä häiriöitä tai depressiosairautta. Testi ennusti paremmin masentuneisuutta viimeisen kuukauden aikana kuin 6 tai 12 kuukauden aikana. Vaihdettaessa katkaisupistettä sensitiivisyys parani koskemaan pidempää masentuneisuuden arviointiaikaa, 6, 12 kuukauden tai elinikäistä masentuneisuutta. (Weissman 1977, Beek-

man 1997, Bowling 1999). Lewinsohn ym. (1997) tutkivat, miten CES-D –asteikko seuloi iäkkäiden masentuneisuutta. Tulokset osoittivat, että se on hyvä seuloja, koska sisäinen reliabiliteetti ja validiteetti olivat korkeita.

CES-D-mittaria on kritisoitu sen tuottamien melko korkeiden esiintymislukujen vuoksi. Esiintymisluvut eivät kerro vain masentuneisuudesta, vaan myös yleisestä ahdistuneisuudesta ja alakuloisesta mielialasta. Ennaltaehkäisyyn ja intervention kannalta on edullista tavoittaa myös lievemmin oireilevat. (Heikkinen 1996).

Tässä tutkimuksessamme mittarin sisäistä konsistenssia mittaava Cronbachin alfa oli 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä 0,78, miehillä 0,63 ja naisilla 0,82. Yhtenä ryhmänä ja naisilla reliabiliteettia osoittava kerroin oli hyvä, mutta miesten kerroin oli selvästi huonompi. Kaiken kaikkiaan luotettavuus oli siis hyvä.

### 6.3 Aineiston käsittely ja menetelmät

Aineistosta laskettiin frekvenssejä, tehtiin ristiintaulukoita, laskettiin riskisuhteita ja korrelaatiokertoimia. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin varianssianalyysien avulla. Masentuneisuuden yhteydessä olevia tekijöitä pyrittiin löytämään tekemällä lineaarinen regressioanalyysi ja logistinen regressioanalyysi.

Tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin  $\chi^2$ -, Studentin t-testin sekä riskisuhteiden avulla. Tilastollisena merkitsevyystasona oli 5% ( $p < .05$ ). Tilastolliset analyysit toteutettiin SPSS for Windows versio 10.0 käyttöympäristössä Windows 98. Linearisessa regressioanalyysissä masentuneisuuspisteet olivat jatkuvana selitettävänä muuttujana ja logistisessa regressioanalyysissä masentuneisuuspisteet olivat dikotomisena selitettävänä muuttujana, jolloin katkaisupisteinä käytettiin 16 pistettä. Lähiverkoston ihmisten lukumäärästä ja tapaamisten useudesta muodostettiin jatkuvat summamuuttujat. Lähiverkoston ihmisten lukumäärä sisälsi lapset, lastenlapset, lastenlastenlapset, sisarukset ja ystävät. Lähiverkoston tapaamisten useudesta muodostettiin summamuuttuja, joka koostui tapaamisista päivittäin, viikoittain, kuukausittain, muutamia kertoja vuodessa, harvoin, vähän tai ei lainkaan lasten, lastenlasten/lastenlastenlasten, sisarusten/sukulaisten, ystävien, tuttavien ja naapureiden kanssa.

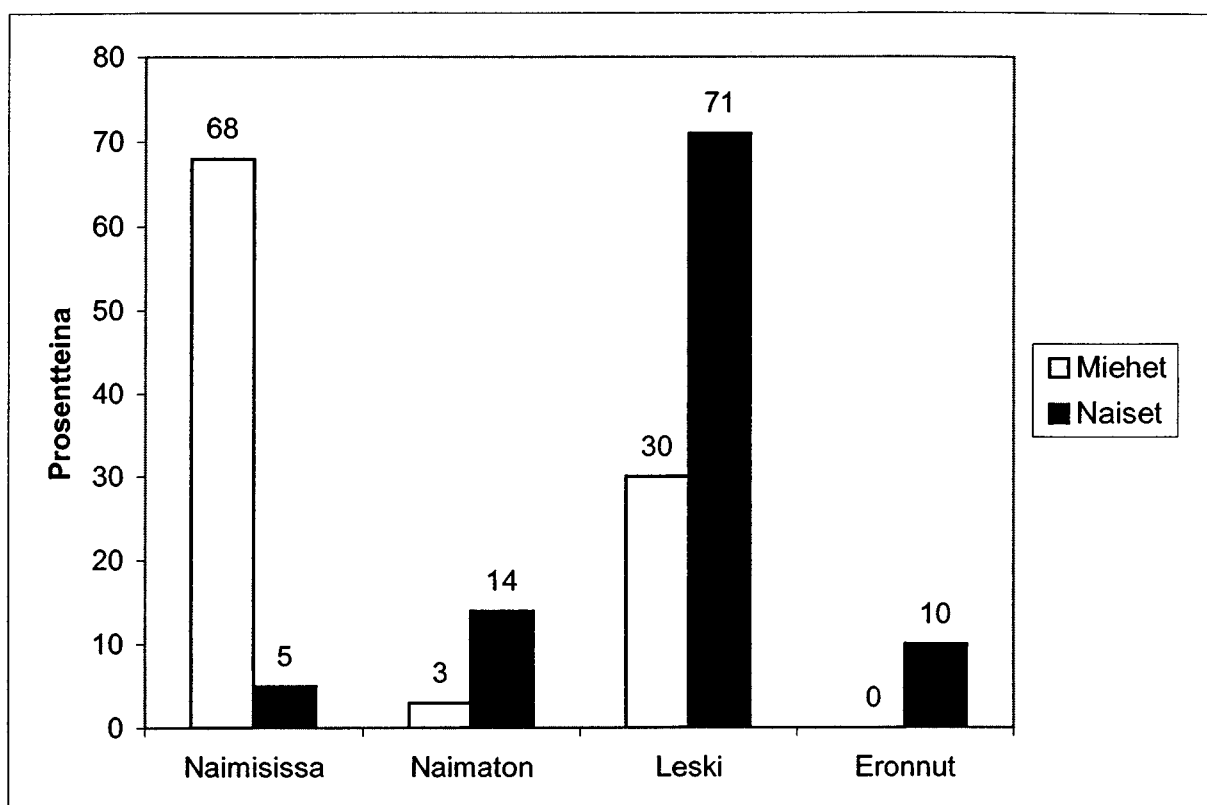
Ryhmittelevinä muuttujina käytettiin seuraavia muuttujia: sukupuoli, puolison kanssa asuminen, lähiverkoston ihmisten lukumäärä ja lähiverkoston tapaamisten useus. Tapaamisten useudesta muodostettiin dikotominen muuttuja, jossa päivittäin tai viikoittain tapaaminen oli useasti tapaamista ja kuukausittain tai harvemmin tapaamiset luokiteltiin harvoin tapaamiseksi.

Varianssianalyysissä masentuneisuus oli jatkuvana riippuvana muuttujana ja lähiverkoston ihmisten lukumäärä luokiteltiin kolmeen luokkaan: vähän, jonkin verran ja paljon. Samoin lähiverkoston tapaamisten useudesta tehtiin kolmiluokkainen muuttuja, harvoin, jonkin verran ja usein tapaaminen.

## 7 TULOKSET

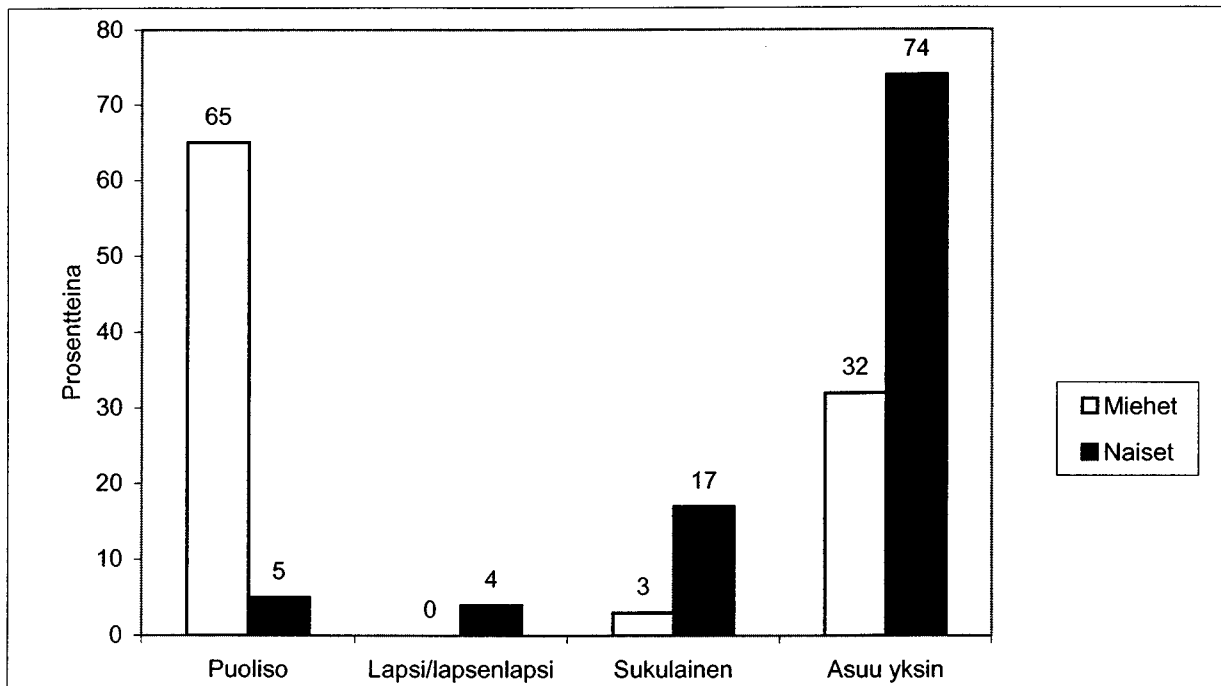
### 7.1 Aineiston taustatietojen kuvailua

Koko aineistossa oli 131 henkilöä, 37 miestä ja 94 naista. Kaikki tutkitut olivat 85-vuotiaita ja asuivat Jyväskylässä.



**Kuvio 1** Siviilisäättiläisyys 85-vuotiailla jyväskyläläisillä sukupuolen mukaan (%).

Tutkituista oli naimisissa 30 henkilöä, joista oli miehiä 25 ja naisia 5. Leskiä oli yhteensä 77, joista oli 11 miestä ja 66 naista. Tutkituista naimattomia oli 14, yksi mies ja 13 naista. Eronneita oli 9 naista eikä yhtään miestä. Miehistä suurin osa (68 %) oli naimisissa, sitä vastoin naisista kaksi kolmasosaa (71 %) oli leskiä. (Kuvio 1.)



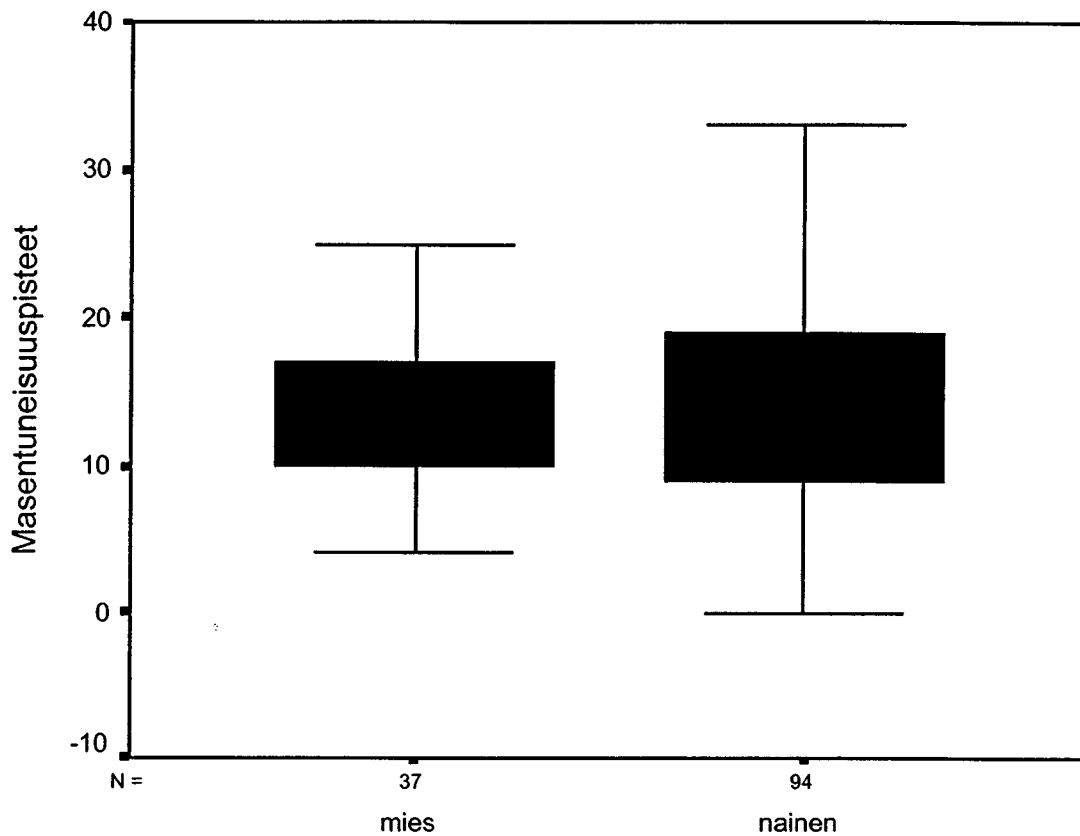
**Kuvio 2** Asuinkumppani sukupuolen mukaan 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä (%).

Miehet asuivat suurimmaksi osaksi puolison tai avopuolison kanssa (65 %). Naiset asuivat pääsääntöisesti yksin (74 %). Naisista 21 % asui lasten, lastenlasten, sukulaisten tai sisarusten kanssa. (Kuvio 2.)

Masentuneisuuspistemäärien keskiarvo oli koko aineistossa 14 pistettä. Korkein yksittäinen masentuneisuuspistemäärä oli tässä aineistossa 33 ja matalin 0 pistettä. Naisten masentuneisuuspistemäärien keskiarvo oli 14,1 (keskihajonta 7,5). Naisista 42 luokiteltiin masentuneiksi ja 52 luokiteltiin ei-masentuneiksi. Miesten masentuneisuuspistemäärien keskiarvo oli 13,6 (keskihajonta 5,6). Masentuneiksi luokiteltiin 11 miestä ja 26 ei-masentuneeksi.



Kuviossa 3 nähdään, että naisten masentuneisuus oli hieman yleisempää kuin miesten ja se myöskin vaihteli enemmän kuin miehillä. Naisten masentuneisuuspistemäärien keskiarvo oli vain vähän korkeampi kuin miesten.



**Kuvio 3** Jyväskyläläisten 85-vuotiaiden miesten ja naisten masentuneisuuspisteet kuvattuna janalaatikkokuvion avulla.

## 7.2 Lähiverkosto

### 7.2.1 Lähiverkoston ihmisten lukumäärä

Kun tarkasteltiin lähiverkostoon kuuluvien ihmisten lukumäärää, havaittiin että siihen kuului keskimäärin 13 henkilöä (keskihajonta 12,6). Lukumäärä vaihteli kahden ja 91 välillä.

**Taulukko 1** 85-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähiverkoston ihmisten lukumäärä, lähiverkoston minimi ja maksimi, keskiarvo ja –hajonta.

Lähiverkoston lukumäärä				
Sukupuoli	n	min/maks	keskiarvo	keskihajonta (sd)
Miehet	37	1/59	15,37	11,50
Naiset	93	2/91	12,70	13,04
Yhteensä	130	2/91	13,46	12,64

Miehillä oli enemmän lähiverkostoa kuin naisilla. Miesten lähiverkoston keskiarvo 15 henkilöä ja naisten 13 henkilöä. Naisilla lähiverkoston ihmisten määrä vaihteli enemmän, vähimmillään verkostossa oli 2 ihmistä ja enimmillään 91 ihmistä. (Taulukko 1.)

Kun tarkasteltiin erikseen lähiverkoston muuttujia, havaittiin miehillä olevan enemmän elossa olevia lapsia kuin naisilla. Lasten lukumäärä vaihteli miehillä 0–6 (keskiarvo 2,59) ja naisilla 0–11 (keskiarvo 1,96). (Taulukko 2.)

**Taulukko 2** Lähiverkoston henkilöiden lukumäärien keskiarvot ja –hajonnat ( $\bar{x}$ , sd) 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä

Lähiverkosto	Miehet $\bar{x}$ (sd)	Naiset $\bar{x}$ (sd)	Yhteensä $\bar{x}$ (sd)
Lapset	2,59 (1,64)	1,96 (1,92)	2,14 (1,86)
Lastenlapset	5,11 (3,94)	4,52 (7,43)	4,69 (6,60)
Lastenlastenlapset	2,17 (3,11)	2,15 (4,18)	2,16 (3,90)
Sisarukset	1,90 (2,32)	1,53 (1,59)	1,62 (1,79)
Ystävät ja tuttavat	4,08 (7,00)	2,86 (2,85)	3,21 (4,48)

Enimmillään elossa olevia lapsia oli 11. Osalla tuttavista ei ollut yhtään lasta. Koko aineistossa keskiarvo oli 2,14 lasta (keskihajonta 1,86). Miehillä oli keskimäärin enemmän elossa olevia lapsia kuin naisilla. Lastenlapsia oli tuttavilla 0–53, miehillä 0–15 ja naisilla 0–53 eli naisilla vaihtelu oli paljon suurempi. Keskimäärin lastenlapsia oli 4,69 (keskihajonta 6,60). Lastenlastenlasten lukumäärä vaihteli 0–20, miehillä 0–10 ja naisilla 0–20 eli vaihtelu oli naisilla suurempaa. Keskimäärin lastenlastenlapsia oli 2,16 (keskihajonta 3,90). Sisaruksia

oli 0–10, keskimäärin 1,62 (keskihajonta 1,79). Ystäviä ja tuttavilla tutkittavilla oli 0–40, miehillä 0–40 ja naisilla 0–10) eli vaihtelu oli miehillä suurempi. Keskiarvo oli 3,21 henkilöä (keskihajonta 4,48). Miehillä oli enemmän ystäviä ja tuttavilla kuin naisilla.

### 7.2.2 Lähiverkoston tapaamisten useus

Lähiverkosta kuvattiin paitsi ihmisten lukumäärällä myös ihmisten tapaamisten useudella.

**Taulukko 3** 85-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähiverkoston tapaamisten useus.

Sukupuoli	Lukumäärä	min/maks	keskiarvo	keskihajonta
Miehet	37	5/25	15,86	4,27
Naiset	93	5/28	16,20	5,11
Yhteensä	130	5/28	16,10	4,88

Miehet ja naiset tapasivat yhtä usein lähiverkostaan. Tapaamisten minimiarvot kuvasivat sitä, että tapaamisia oli harvoin ja maksimiarvot kuvasivat sitä, että tapaamisia oli päivittäin tai viikoittain. Naisilla ja miehillä nämä arvot eivät eronneet toisistaan. (Taulukko 3.)

**Taulukko 4** 85-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähiverkoston tapaamisten useus suhteessa koko lähiverkoston (%)

Lähiverkoston tapaaminen	n	Usein (%)	Harvoin (%)
Lapset	130	50,4	48,9
Lastenlapset ja lastenlastenlapset	129	29,0	69,5
Sisarukset ja sukulaiset	128	13,0	84,7
Ystävät	130	34,3	64,9
Tuttavat	130	41,3	57,9
Naapurit	127	67,9	29,0

Puolet iäkkäistä henkilöistä tapasi lapsiaan, tuttaviaan ja naapureitaan usein eli päivittäin tai viikoittain. Sisaruksia ja sukulaisia sekä ystäviä tavattiin harvoin eli kerran kuukaudessa tai harvemmin. (Taulukko 4).

**Taulukko 5** 85-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähiverkoston tapaamisten useus naisilla suhteessa koko lähiverkoston (%)

Lähiverkosto	n	Usein (%)	Harvoin (%)
Lapset	97	48,9	50,0
Lastenlapset ja lastenlastenlapset	92	30,9	67,0
Sisarukset ja sukulaiset	92	18,1	79,8
Ystävät	93	37,2	61,7
Tuttavat	93	43,6	55,3
Naapurit	90	62,8	33,0

Naiset tapasivat naapureitaan usein. Sitä vastoin he tapasivat lastenlapsiaan ja lastenlastenlapsiaan, sisaruksiaan ja sukulaisiaan ja ystäviään harvoin. (Taulukko 5.)

**Taulukko 6** 85-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähiverkoston tapaamisten useus miehillä suhteessa koko lähiverkoston (%)

Lähiverkoston tapaaminen	n	Usein (%)	Harvoin (%)
Lapset	37	54,1	45,3
Lastenlapset ja lastenlastenlapset	37	24,3	75,7
Sisarukset ja sukulaiset	37	0	97,3
Ystävät	37	27,0	73,0
Tuttavat	37	37,1	64,9
Naapurit	37	81,1	18,9

Miehet tapasivat usein naapureitaan ja lapsiaan. Sisaruksia ja sukulaisia tavattiin harvoin. Myöskään lastenlapsia ja lastenlastenlapsia, ystäviä tai tuttavvia ei tavattu usein. (Taulukko 6.)

### 7.2.3 Yhteydenpidon muodot

Yhteyttä pidettiin puhelimitse, kirjeitse ja vierailemalla sekä ottamalla vieraita vastaan. Miehet olivat lasten, lastenlasten tai lastenlastenlapsiensa kanssa puhelinyhteydessä harvoin. Sitä vastoin naiset olivat päivittäin yhteydessä lapsiinsa, lastenlapsiinsa tai lastenlastenlapsiinsa puhelimitse. Naisista puolet soittivat usein sisaruksilleen, mutta yli puolet miehistä soittivat harvoin tai ei koskaan sisaruksilleen.

Ystävien ja tuttavien kanssa vajaa puolet naisista oli yhteydessä puhelimitse usein ja kolmannes oli harvoin tai ei koskaan. Sen sijaan miehistä kaksi kolmannesta oli harvoin tai ei koskaan yhteydessä ystävien ja tuttavien kanssa puhelimitse. Kirjeiden kirjoittaminen oli hyvin harvinaista. Kaksi kolmannesta miehistä ja naisista ei kirjoittanut kirjeitä koskaan. Vieraita kävi sitä vastoin enemmän, naisista kahdella kolmasosalla ja miehistä yli puolella kävi vieraita usein. Itse tutkittavat kävivät vierailulla: kolmannes naisista kävi usein vierailulla, mutta yli kolmannes ei ollenkaan, miehistä lähes puolet ei ollenkaan.

### 7.3 Masentuneisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Taulukossa 7 kuvataan masentuneisuutta kuvaavien muuttujien riskisuhteet ja 95 % luottamusvälit. Tarkasteltaessa miehiä ja naisia yhtenä ryhmänä todettiin, että ilman puolisoa asuvilla oli lähes kolminkertainen riski masentua. Mikäli henkilö tapasi lähiverkoston ihmisiä harvoin, hänellä oli kaksinkertainen riski masentua verrattuna lähiverkostoaan usein tapaaviin. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan lähiverkoston lukumäärällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä masentuneisuuteen tässä tarkastelussa.

**Taulukko 7** Masentuneisuusriskiä selittävien muuttujien riskisuhteet ja 95 % luottamusvälit 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä.

Muuttuja	Riskisuhde (OR)	95 % luottamusväli (CI)
Puolison kanssa asuminen	2.80	1.10 – 7.12
Lähiverkoston lukumäärä	1.52	.75 – 3.10
Tapaamisten useus	2.10	1.02 – 4.26

Miehillä, jotka eivät asuneet puolison kanssa, ei ollut tilastollisesti merkitsevää riskiä masentua (Taulukko 8). Myöskään lähiverkoston tapaamisten useus ei ollut tilastollisesti merkitsevä riski masentuneisuudelle. Kun lähiverkosta oli vähän, se oli nelinkertainen riski masentumiselle (95 % CI .90–17.37). Miesten vähäinen lukumäärä vaikuttaa siihen, ettei tulos ole tilastollisesti merkitsevä.

**Taulukko 8** Puolison kanssa asumisen, lähiverkoston lukumäärän ja tapaamisten useuden yhteys masentuneisuuteen riskisuhteina tarkasteltuna sekä 95% luottamusvälit 85-vuotiailla jyväsyläläisillä miehillä

Muuttuja	Riskisuhde (OR)	95 % luottamusväli (CI)
Puolison kanssa asuminen	2.26	.52 – 9.83
Lähiverkoston lukumäärä	4.00	.90 – 17.37
Tapaamisten useus	3.64	.78 – 16.93

Taulukosta 9 nähdään, että naisten masentuneisuusriskiin ei vaikuttanut yksin asuminen, lähiverkoston lukumäärä tai tapaamisten useus.

**Taulukko 9** Puolison kanssa asumisen, lähiverkoston lukumäärän ja tapaamisten useuden yhteys masentuneisuuteen riskisuhteina tarkasteltuna sekä 95% luottamusvälit 85-vuotiailla jyväsyläläisillä naisilla

Muuttuja	Riskisuhde (OR)	95 % luottamusväli (CI)
Puolison kanssa asuminen	3.50	.38 – 32.50
Lähiverkoston lukumäärä	1.01	.44 – 2.31
Tapaamisten useus	1.79	.78 – 4.09

**Taulukko 10** Masentuneisuuden ja lähiverkoston henkilöiden lukumäärän ja tapaamisten useuden välinen yhteys 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä (Pearsonin korrelaatiokerroin p-arvot).

	Miehet	Naiset
	r (p-arvo)	r (p-arvo)
Lähiverkoston lukumäärä	-.35 (.035 *)	-.06 (.570)
Tapaamisten useus	-.30 (.067)	-.11 (.299)

\*p<.05

Miehistä masentuneimpia olivat ne, joilla oli pienempi lähiverkosto ( $r = -.35$ ,  $p = .035$ ).

Naisilla vastaavaa yhteyttä ei ollut olemassa ( $r = -.06$ ,  $p = .57$ ). Tapaamisten useuden ja masentuneisuuden välinen yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä miehillä eikä naisilla. (Taulukko 10.)

Kun tutkittiin, onko eroja naisten ja miesten lähiverkoston ihmisten lukumäärässä ja tapaamisten useudessa suhteessa masentuneisuuteen, ryhmien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Masentuneisuuden ja lähiverkoston ihmisten lukumäärän ja tapaamisten useuden keskiarvojen välisiä sukupuolieroja testattiin Studentin t-testillä. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11** Masentuneisuuden ja lähiverkoston ihmisten lukumäärä 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla. Keskiarvot ja –hajonnat sekä keskiarvojen eron merkitsevyys t-testissä.

	Miehet	Naiset	p
Masentuneisuus	13,65 (5,64)	14,12 (7,51)	.732
Lähiverkoston lukumäärä	15,38 (11,51)	12,71 (13,04)	.279
Tapaamisten useus	15,86 (4,27)	16,21 (5,12)	.722

#### 7.4 Masentuneisuuspistemäärien tarkastelua suhteessa lähiverkostoon ja tapaamisten useuteen

Dikotomisoidun masentuneisuusmuuttujan ja lähiverkoston tapaamisten riippuvuutta toisistaan tutkittiin  $\chi^2$ -testillä. Masentuneisuusryhmät poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan suhteessa lähiverkoston tapaamisten useuteen. Henkilöt, joilla tapaamisia oli harvoin,

olivat selkeästi myös niitä, jotka kärsivät masentuneisuudesta. Harvoin tapaamisia olevien ryhmissä masentuneita oli 60 % ja vastaavasti usein tapaavien ryhmällä masentuneisuutta ilmeni vain 22 %:lla. (Taulukko 12.)

**Taulukko 12** Masentuneisuus 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä lähiverkoston tapaamisten useuden mukaan ( % )

	<u>Masentuneisuus</u>		Yhteensä
	Ei ole ( n= 77 )	On ( n= 53 )	
Tapaamisten useus			
Harvoin	40	60	100
Jonkin verran	58	42	100
Usein	78	22	100

$$\chi^2 = 10.914, \quad df = 2, \quad p = .004$$

Kun tarkasteltiin erikseen miesten ja naisten tapaamisten useuden yhteyttä masentuneisuuteen havaittiin niiden välillä tilastollisesti merkitsevä yhteys. Masentuneisuudella ja lähiverkoston ihmisten lukumäärällä, josta oli tehty kolmiluokkainen muuttuja, ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä koko aineistossa, eikä myöskään tarkasteltaessa sukupuolia erikseen.

Logistisen regressioanalyysin ja lineaarisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin lähiverkoston yhteyttä masentuneisuuteen. Selitettävänä muuttujana lineaarisessa regressioanalyysissä oli masentuneisuuspistemäärä jatkuvana muuttujana ja logistisessa regressioanalyysissä masentuneisuuspistemäärä oli dikotomisena (katkaisupistemäärä 16). Kummassakaan analyysissä ei löytynyt masentuneisuuteen tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä olevia lähiverkoston muuttujia.



**Taulukko 13** Masentuneisuuspistemäärien keskiarvot ja –hajonnat lähiverkoston lukumäärän eri luokissa sekä yksisuuntaisen varianssianalyysin merkitsevyys (F-testi) 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla

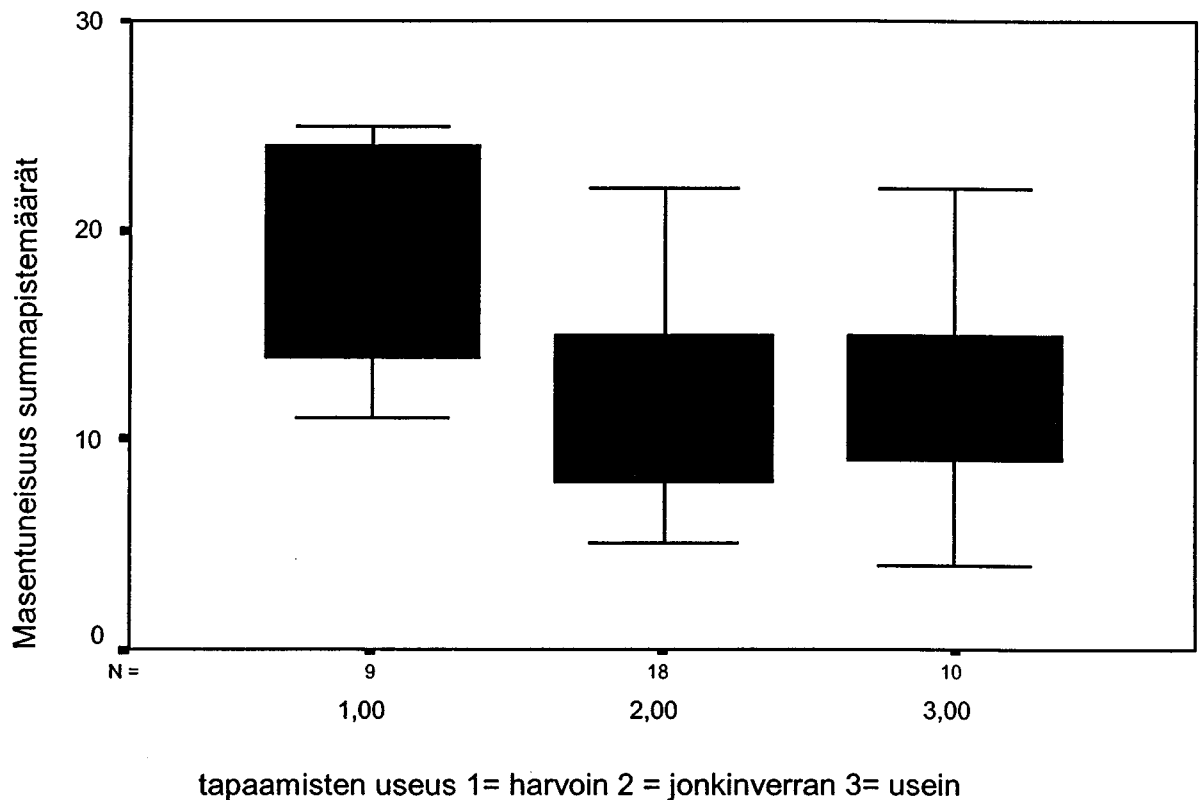
	Lähiverkoston lukumäärä				p
	Vähän (1)	Jonkin verran (2)	Paljon (3)	Yhteensä	
Miehet	15,29	14,59	11,54	13,65	.243
N=37	(7,25)	(5,08)	(5,22)	(5,64)	
Naiset	16,27	13,63	12,50	14,24	.167
N=93	(7,76)	(7,57)	(6,37)	(7,46)	

Miehillä masentuneisuus ei eronnut sen mukaan oliko heillä vähän, jonkin verran tai paljon lähiverkoston ihmisiä. Masentuneisuuspistemäärät eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi lähiverkoston ihmisten lukumäärän suhteen, kun testaus suoritettiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Naisilla tulos oli samansuuntainen kuin miehillä. Heilläkin masentuneisuuspistemäärät eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi lähiverkostomuuttujaluokkien välillä. Vastaava tulos saatiin tutkittaessa molempia sukupuolia yhtenä ryhmänä. (Taulukko 13.)

**Taulukko 14** Masentuneisuuspistemäärien keskiarvot ja –hajonnat tapaamisten useuden eri luokissa sekä yksisuuntaisen varianssianalyysin merkitsevyys (F-testi) ja Bonferronin parit-  
taistestin merkitsevyys ( \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  ja \*\*\*  $p < .001$  ) 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla

	Tapaamisten useus				p	Bonferroni
	Harvoin (1)	Jonkin verran (2)	Usein (3)	Yht.		
Miehet	18,67	12,33	11,50	13,56	.005	(1,2) .011*
N=37	(5,27)	(4,84)	(4,98)	(5,64)		(1,3) .011*
Naiset	15,46	14,13	13,30	14,24	.559	
N=93	(6,65)	( 8,54)	( 6,76)	(7,46)		

Miesten lähiverkoston tapaamisten useuden eri luokkien välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa masentuneisuuspistemäärissä. Harvoin tapaavien miesten ryhmän masentuneisuuden keskiarvo oli korkeampi kuin usein tai jonkun verran tapaavien ryhmässä. Naisten tapaamisten useusryhmien masentuneisuuspistemäärät eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Myöskään molempia sukupuolia yhtenä ryhmänä tutkittaessa eivät tapaamisten useutta kuvaavat ryhmät poikenneet masentuneisuuspistemääriltään tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. (Taulukko 14, Kuvio 4.)



**Kuvio 4** Lähiverkoston tapaamisten useuden eri luokkien masentuneisuuspistemäärät kuvattuna janaaatikkokuvion avulla 85-vuotiailla jyvaskyläläisillä.

## 8 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla 85-vuotiaiden jyvaskyläläisten lähiverkoston lukumäärää, lähiverkoston tapaamisten useutta ja masentuneisuutta sekä näiden välistä yhteyttä. Aineistossa naisten lukumäärä oli selvästi suurempi kuin miesten, mikä ei poikkea muista vastaavan ikäisten henkilöiden tutkimusaineistoista. Naisista kaksi kolmasosaa oli leskiä, mutta miehistä vain yksi kolmasosa. Miesten enemmistö, noin kaksi kolmasosaa, oli naimisissa. Naisten odotettavissa oleva elinikä, 81 vuotta, on korkeampi kuin miesten, 73 vuotta (Heikkinen 1997). Koska naiset elävät kauemmin, he myöskin jäävät useammin leskeksi ja asuvat sen jälkeen yksin. Tämä on tavallista yli 85-vuotiaiden ikäryhmässä. Kymmenen vuotta aikaisemmin tehdyssä 1904-syntyneiden tutkimuksessa tulos oli samansuuntainen (Sakari-Rantala & Lampinen 1999.)

Tässä aineistossa CES-D-mittarilla mitatut masentuneisuuspistemäärät olivat alhaisia, keskiarvo oli 14 pistettä (maksimi 60 pistettä). Masentuneisuuspistemäärien keskiarvo oli naisilla korkeampi kuin miehillä. Naisten ja miesten masentuneisuuspisteet eivät kuitenkaan eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Samansuuntaiset tulokset olivat myös pohjoismaisessa Nora-tutkimuksessa. (Ruoppila & Suutama 1997.)

Tässä tutkimuksessa lähiverkoston ihmisten lukumäärä oli melko suuri, keskimäärin 13 henkilöä, sillä tavanomainen verkoston koko on viidestä kymmeneen henkilöä (van Tilburg 1998). Lukumäärä tosin vaihteli eri ihmisillä voimakkaasti. Tutkimuksessamme oli huomion arvoista se, että miesten koko lähiverkosto oli keskimäärin suurempi kuin naisten. Erikseen tarkasteltuna miehillä oli lasten, lastenlasten, ystävien ja tuttavien lukumäärä suurempi kuin naisilla. Miehet elivät pääosin puolisonsa kanssa ja heillä oli säilynyt lähiyhteisö paremmin kuin naisilla, jotka olivat pääosin leskiä.

Naiset tapasivat lähiverkostonsa ihmisiä hieman enemmän kuin miehet. Puolet kaikista tutkituista iäkkäistä tapasi lähiverkostoon kuuluvia ihmisiä usein eli päivittäin tai viikoittain. Useimmin tavattiin omia lapsia ja naapureita. Kiinnostavaa oli havaita, että naapureita tavattiin kaikista useimmin ja omia lapsia vasta toiseksi useimmin. Harvoin eli kuukausittain tai harvemmin tavattiin lastenlapsia, lastenlastenlapsia, sisaruksia ja muita sukulaisia. Naiset tapasivat usein naapureitaan ja miehet omia lapsiaan ja naapureita. Naapureiden merkitys ko-

rostui voimakkaasti molemmilla sukupuolilla. Tätä selittänee se, että näin vanhojen ihmisten elinpiiri on fyysisesti rajoittunut ja naapurit ovat koko ajan lähellä. Tutkimuksessa ei selvitetty, minkälaista yhteydenpito oli sisällöltään. Naiset tapasivat ystävien lukumäärän vähäisyydestä huolimatta ystäviään yhtä usein kuin miehet. Ystävien määrä ei ole ratkaiseva tekijä vaan ehkä enemmänkin kontaktien määrä ja ystävyuden sisältö. Oli yllättävää, että lapsia ja naapureita tavattiin usein, mutta lapsenlapsia, ystäviä ja tuttavii harvoin. Vanhempien ja lasten välinen side näyttää lujemmalta kuin yhteys omiin sisaruksiin. Naapuruussuhteiden tiiviyyttä selittänee se, että he asuvat lähellä. Samansuuntainen tulos saatiin Helsingissä tehdyssä tutkimuksessa (Pitkälä 2000). Naapurit voivat antaa epävirallista tukea helpommin kuin kaukana asuvat sukulaiset. Hyvin iäkkäät henkilöt ovat ehkä tottuneet elämänsä aikana antamaan ja vastaanottamaan apua naapureilta, koska he ovat eläneet esimerkiksi sota-ajan ja sen jälkeisen jälleenrakennuksen. Kolmas ja neljäs sukupolvi tapasi isovanhempiaan harvoin, koska he elävät pääosin paraikaa aktiivista perheen ja kiireisen työuran aikaa.

Kirjeiden kirjoittaminen oli harvinaista. Miehet eivät naiset kirjoittaneet kirjeitä. Naiset sitä vastoin soittivat puhelimella useammin sukulaisilleen, mutta miehet pitivät harvoin yhteyttä puhelimitse. Naiset pitivät päivittäin yhteyttä puhelimitse lapsiinsa, lastenlapsiinsa ja lastenlastenlapsiinsa, mutta miehet olivat puhelinyhteydessä harvoin. Puhelin oli siis naisille luontevampi yhteydenpidon muoto kuin miehille. Puhelimen käytön mahdollisuus on iäkkäille tärkeää, samoin vierailut. Samansuuntainen tulos saatiin Burholtin & Wengerin (1998) tutkimuksessa. Miesten tukeminen puhelimen käyttöön saattaisi parantaa yhteydenpitoa silloin kun esimerkiksi liikuntakyvyn tai muunlaiset rajoitteet estävät tapaamisia.

Vieraiden käyntejä oli runsaasti sekä naisten että miesten luona. Kolmannes naisista kävi usein vierailulla. Naiset asuivat pääosin yksin, mutta heidän luonaan kävi paljon vieraita. Itse iäkkäät henkilöt eivät käyneet vierailuilla. Tätä selittänee tutkittujen korkea ikä, johon saattaa liittyä erityisiä vaikeuksia esimerkiksi liikkumisessa ja yleistä voimien vähenemistä.

Yksin asuvilla ja harvoin lähiverkostoaan tapaavilla oli suurempi riski masentua kuin puolison kanssa asuvilla ja lähiverkostoaan usein tapaavilla. Miesten masentuneisuusriskiä lisäsi läheisten ihmisten vähäinen määrä. Yksin asumisella, lähiverkoston ihmisten lukumäärällä tai tapaamisten useudella ei voitu selittää naisten masentuneisuusriskiä. Jos miehet tapasivat lähiverkostoaan harvoin, he olivat masentuneempia kuin sellaiset miehet, jotka tapasivat lähi-

verkostonsa ihmisiä usein. Jos iäkäs henkilö ei asunut puolisonsa kanssa, hänellä oli kolminkertainen riski masentua - ja kaksinkertainen riski masentua, jos hän tapasi lähiverkostoa harvoin. Lähiverkoston vähäinen lukumäärä lisäsi miehillä masentuneisuusriskin nelinkertaiseksi. Runsaslukuisen lähiverkoston omaavien miesten masentuneisuuspistemäärät olivat matalia. Myös Robertsin ym. (1997) tutkimuksen mukaan yksin asuvat miehet tarvitsivat lähiverkoston tukea, jotta he eivät masentuisi. Naisilla lähiverkoston lukumäärällä ja masentuneisuudella ei löytynyt tilastollista yhteyttä. Johtuneeko tämä siitä, että he ovat sopeutuneet yksinoloon jäädessään leskeksi. Iän myötä aikuisten lasten tiiviit suhteet iäkkäisiin isiinsä vähenevät, jolloin isien masentuneisuus saattaa lisääntyä (Burholt & Wenger 1998). Mies tarvitsee kuitenkin iäkkäänä lähiverkoston tukea. Henkilöt, joilla tapaamisia oli harvoin, olivat selkeästi myös niitä, jotka kärsivät masentuneisuudesta. Kun etsittiin masentuneisuutta selittäviä tekijöitä, niin lähiverkosto ei selittänyt masentuneisuutta tilastollisesti merkitsevästi.

Vertailtaessa eroja miesten masentuneisuudessa havaittiin, että mitä useammin miehet tapasivat lähiverkostoaan, sitä vähemmän he olivat masentuneita. Mitä harvemmin miehet tapasivat lähiverkostoaan sitä masentuneempia he olivat. Tällaista eroa naisten kohdalla tai koko aineistossa ei havaittu. Lähiverkoston lukumäärällä ei ollut yhteyttä kummallakaan sukupuolella masentuneisuuteen.

Tutkimuksen rajoitteena ja tulosten yleistettävyyden kannalta on huomioitava, että aineisto oli pieni. Se sisälsi 85-vuotiaat jyväskyläläiset ja oli siinä mielessä kattava.

Iän myötä ihminen sopeutuu elämään rajoitusten kanssa ja hän ei odota enää niin paljon ihmishuhteilta kuin nuorempana. Halu selviytyä itsenäisesti on voimakas ja avunpyytäminen sukulaisilta voi olla hankalaa. Saattaa olla, että sukulaisten tulisi tarjota aktiivisemmin apua iäkkäille henkilöille, jolloin he voisivat itse päättää, ottavatko he apua vastaan.

Koska tässä tutkimuksessa ei selvitetty vuorovaikutuskontaktien laatua eikä kokemuksellisuutta, voisi lisätutkimuksen aiheena olla se, miten iäkäs henkilö kokee lähiverkostonsa, masentuneisuuden ja avuntarpeensa ja mitä mahdollisuuksia hänellä on saada tukea lähiverkostoltaan. Koska naapurit osoittautuivat tärkeiksi, niin asumisyhteisöjen vuorovaikutusta tutkimalla voitaisiin löytää erilaisia tukimuotoja. Terveystieteiden tutkimuskeskus voisi tehdä yhteistyötä iäkkään lähiverkoston kuuluvien henkilöiden kanssa. Eri ikäiset naapurustossa asuvat

voisivat rikastuttaa toistensa sosiaalista hyvinvointia ja auttaa toisiaan päivittäisissä toiminnoissa. Näkökulmaa masentuneisuuden ymmärtämiseen iäkkäillä henkilöillä laajentaisi yksinäisyyden kokemisen ja lähiverkoston yhteyden tutkiminen.

## LÄHTEET

Abas, M. A., Phillips, J. C., Walter, J., Banerjee, S. & Levy, R. 1998. Culturally sensitive validation of screening questionnaires for depression in older African-Caribbean people living south London. *British Journal of Psychiatry* 173, 249-254.

Anderson, T. B. & McCullough, B. J. 1993. Conjugal support: Factor structure for older husbands and wives. *Journal of Gerontology: Social sciences* 3 S 133-142.

Arve, S. 1999. Recognition of depressive elderly people in health care services. Turun yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.

Arve, S., Lauri, S., Lehtonen, A. & Tilvis, R. S. 1999. Patient's and general practitioner's different views on patient's depression. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 28, 247-257.

Avlund, K., Holstein, B. E., Heikkinen, R-L. & Schroll, M. 1997. Social relations and functional ability: a comparative study of 75-year-old men and women in three nordic localities. Teoksessa E. Heikkinen, S. Berg, M. Schroll, B. Steen, B., A. Viidik (toim.) *Functional status, health and aging: The NORA Study*. Pariisi: Serdi Publisher, 27-40.

van Baarsen, B., Smit, J. H., Snijders, T. A. B. & Knipscheer, K. P. M. 1999. Do personal conditions and circumstances surrounding partner loss explain loneliness in newly bereaved older adults? *Ageing and Society* 19, 441-469.

Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M. & Prince, M. J. 1999. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry* 175, 307-311.

Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Limbeek, J., Braam, A. W., de Vries, M. Z. & van Tilburg, W. 1997. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychological Medicine* 27, 231-235.

Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H. & van Tilburg, W. 1997. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine* 27, 1397-1409.

Berger, R. & Patchner, M. 1988. *Implementing the research plan*. USA: Sage.

Berkman, L. F., Oksman, T. E. & Seeman, T. E. 1992. Social networks and social support among the elderly: assesment issues. Teoksessa R. B.Wallace & R. F. Woolson (toim.) *The epidemiologic of the elderly*. USA: Oxford University Press, 196-212.

Bowling, A. 1999. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Great Britain: St Edmundsbury Press.

Brandtstädter, J. 1997. Elämänhallinta ja hyvinvointi ikäännyttäessä: assimilaation ja akkomodaation merkitys sopeutumisessa. *Gerontologia* 11, 116-124.

Brody, E. M., Litvin, S. J., Albert, S. M. & Hoffman, C. J. 1994. Marital status of daughters and patterns of parent care. *Journal of Gerontology: Social sciences* 2 S 95-103.

Burholt, V. & Wenger, G.C. 1998. Differences over time in older people's relationships with children and siblings. *Ageing and Society* 18, 537-562.

Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnega, J. & Wortman, C. 2000. Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *Journal of Gerontology: Social sciences* 4 S 197-207.

Connidis, I. A. 1994. Sibling support in older age. *Journal of Gerontology: Social sciences* 6 S, 309-317.

Copeland, J. R. M., Beekman, M. E. D., Jordan, C. H. A., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, A. H., Mann, A. H., Meller, I., Prince, M. J., Reischies, F., Turrina C., deVries M. W. & Wilson, K. C. M. 1999 a. Depression in Europe. *British Journal of Psychiatry* 175, 312-321.



Copeland, J. R. M., Chien, R., Dewey, M. E., McCracken, C. F. M., Gilmore, C., Larkin, B. & Wilson, K. C. M. 1999 b. Community-based case-control study of depression in older people. *British Journal of Psychiatry* 175, 340-347.

Geerlings, M.I., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Jonker, C., Deeg, D.J.H., Schmand, B., Adèr, H.J., Bouter, L.M. & van Tilburg, W. 2000. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry* 176, 568-575.

Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa P. Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Kopijyvä, 1-16.

Heikkinen, R-L. 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Tampere: Tammer-Paino.

Heikkinen, R-L., Berg, S. & Avlund, K. 1995. Depressive symptoms in late life. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 10, 315-330.

Heikkinen, R-L., Berg, S. & Avlund, K. 1997. Depressive symptomatology among the elderly in three nordic localities as measured by the CES-D scale. Teoksessa E. Heikkinen, S. Berg, M. Schroll, B. Steen, B., A. Viidik (toim.) Functional status, health and aging: The NORA Study. Pariisi: Serdi Publisher, 107-119.

Heikkinen, R-L. 1996. Psyykkissosiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Jyväskylä: Yliopistopaino, 111-131.

Hintikka, J. 1998. Studies on suicidal behaviours. Kuopion yliopisto. Lääketieteenväitöskirja.

Hokkanen, T. & Jylhä, M. 1994. Eläkeikäisten naisleskien terveys ja elämäntilanne. *Gerontologia* 1, 2-11.

Husaini, B.A., Neff, J.A., Harrington, J.B., Hughes, M.D. & Stone, R.H. 1980. Depression in rural communities: validating the CES-D Scale. *Journal of Community Psychology* 8, 20-27.

- Isometsä, E. 1999. Mielialahäiriöt: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus, 118-174.
- Jerrone, D. & Wenger, G. C. 1999. Stability and change in late-life friendships. *Ageing and Society* 19, 661-676.
- Karjalainen, E. 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. *Acta universitatis Ouluensis, series D Medica* 565.
- Katona, C. L. E. 1995. *Depression in old age*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Kendig, H., Koyano, W., Asakawa, T. & Ando, T. 1999. Social support of older people in Australia and Japan. *Ageing and Society* 19, 185-207.
- Kendler, K. S. & Prescott, C. A. 1999. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry* 56, 39-44.
- Kivelä, S-L. 1993. Vanhuksen masennus. Teoksessa R. Tilvis & L. Sourander (toim.) *Geriatrics*. Jyväskylä: Gummerus, 151-175.
- Klason, S. M. 1995. *Social network and self conception of elderly people*. Helsinki: IMDL.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 1999. Vanhuuden mielialahäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus, 533-539.
- Laukkanen, P. 1998. *Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista*. Jyväskylä: Kuopion yliopisto. Lääketieteen väitöskirja.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E. & Allen, N.B. 1997. Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging* 2, 277-287.

Long, M. V. & Martin, P. 2000. Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journal of Gerontology: Psychological sciences* 5 P, 311-319.

Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Beckett, L. A., Seeman, T. E., Evans, D. A. & Berkman, L. F. 1999. Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology: Social sciences* 3 S, 162-174.

Murphy, J., Laird, N., Monson, R., Sobol, A. & Leighton, A. 2000. A 40-Year Perspective on the Prevalence of Depression. *Archives of General Psychiatry* 57, 209-215.

Nocon, A. & Pearson, M. 2000. The roles of friends and neighbours in providing support for older people. *Ageing and Society* 20, 341-367.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.

Partonen, T., Haukka, J., Virtamo, J., Taylor, P. R. & Lönnqvist, J. 1999. Association of low total cholesterol with major depression and suicide. *British Journal of Psychiatry* 175, 259-262.

Phillipson, C., Bernard, M., Phillips, J. & Ogg, J. 1998. The family and community life of older people: household composition and social networks in three urban areas. *Ageing and Society* 18, 259-289.

Pitkälä, K., Valvanne, J., Kulp, S., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2000. Paraneeko vanhusväestön terveys? Helsinkiläisvanhusten toimintakyky ja avun tarve 1989 ja 1999. *Suomen Lääkärilehti* 27-29, 2753-2757.

Prince, M.J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A. & Mann, A. H. 1997 a. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. *Psychological Medicine* 27, 311-321.

Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A. & Mann, A. H. 1997 b. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *Psychological Medicine* 27, 323-332.

Pulska, T., Pahkala, K., Laippala, P. & Kivelä, S-L. 1999. Follow up study of longstanding depression as predictor of mortality in elderly people living in the community. *British Medicine Journal* 318, 432-433.

Päivärinta, A., Verkkoniemi, A., Niinistö, L., Kivelä, S-L. & Sulkava, R. 1999. The Prevalence and associates of depressive disorders in the oldest-old Finns. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 34, 352-359.

Radloff, L. S. 1977. The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 358-401.

Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Sherma, S. J. & Strawbridge, W. J. 1997. Does growing old increase the risk for depression? *American Journal of Psychiatry* 154, 1384-1390.

Roberts, R.E., Rhoades, H.M. & Vernon, S.W. 1990. Using the CES-D scale to screen for depression and anxiety: effects of language and ethnic status. *Psychiatry Research* 31, 69-83.

Roberts, R.E., Vernon, S.W. & Rhoades, H.M. 1989. Effects of language and ethnic status on reliability and validity of the center for epidemiologic studies-depression scale with psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 10, 581-592.

Roine, K., Tarkka, M-T. & Kaunonen, M. 2000. Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. *Hoitotiede* 12, 312-321.

Rouch-Leroyer, I., Sourgen, C., Barberger-Gateau,P., Fuhrer, R. & Dartigues, J.F. 2000. Detection of depressive symptomatology in elderly people: a short version of the CES-D scale. *Aging Clinical Experimental Research* 3, 228-234.

Ruoppila, I. & Suutama, T. 1997. Cognitive functioning of 75-year-old people in relation to mood, self-rated health and metamemory: a study in three nordic localities. Teoksessa E. Heikkinen, S. Berg, M. Schroll, B. Steen, B. & A. Viidik (toim.) Functional status, health and aging: The NORA Study. Pariisi: Serdi Publisher, 79-92.

Sakari-Rantala, R. & Lampinen, P. 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten sosiaalis-taloudellinen asema ja elinolot. Teoksessa T. Suutama, I. Ruoppila & P. Laukkanen (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset . Helsinki: Hakapaino, 39-59.

Schein, R.L. & Koenig, H.G. 1997. The center for epidemiologic studies-depression (CES-D) scale: assessment of depression in the medically ill elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 436-446.

Seeman, T. E., Bruce, M. L. & McAvay, G. J. 1996. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of succesful ageing. *Journal of Gerontology: Social sciences* ,4 S, 191-200.

Sugisawa, H., Liang, J. & Liu, X. 1994. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology: Social sciences* 1 S, 3-13.

Tamminen, T. & Achté, K. 1996. Depressio - ahdistus ja somaattinen sairastaminen. Teoksessa T. Tamminen & K. Achté (toim.) Somatopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus, 80-89.

Tautiluokitus ICD-10. 1999. Stakes, ohjeita ja luokituksia 1992:2. Turenki: Turun tekstipalvelu.

Tervo, A. & Pietilä, A-M. 1995. Vanhusten kotona selviytyminen ”Hyvä olo ihan jokapäiväisistä asioista ...”. *Hoitotiede* 5, 214-222.

Thomèse, F. & van Tilburg, T. 2000. Neighbouring networks and enviromental depency. Differential effects of neighbourhood characteristisc on the relative size and composition of neighbouring networks of older adults in The Netherlands. *Ageing and Society* 20, 55-78

Tijhuis, M. A. R., de Jong-Gierveld, J., Feskens, E. J. M. & Kromhout, D. 1999. Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen elderly study. *Age and ageing* 28, 491-495.

van Tilburg, T. 1998. Losing and gaining in old age: changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *Journal of Gerontology : Social sciences* 6 S, 313-323.

Tower, R. B. & Kasl, S. V. 1996. Gender, marital closeness, and depressive symptoms in elderly couples. *Journal of Gerontology : Psychological sciences* 3 P, 115-129.

Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L. & Seeman, T. 1999. Variation in a impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful ageing. *Journal of Gerontology: Social sciences* 5 S, 245-251.

Unützer, J. Patrick, D. L., Simon, G., Grembowski, D., Walker, E., Rutter, C. & Katon, W. 1997. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. *JAMA* 28, 1618-1623.

Verbrugge, L. M. 1990. The iceberg of disability. Teoksessa S. M. Stahl (toim.) *The legacy of longevity*. Newbury Park: Sage, 55-75.

Weissman, M. M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A. & Locke, B. Z. 1977. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology* 3, 203-214.

Wenger, G.C., Scott, A. & Patterson, N. 2000. How important is parenthood? Childlessness and support in old age in England. *Ageing and Society* 20, 161-182.

Whitbeck, L., Hoyt, D. R. & Huck, S. M. 1994. Early family relationships, intergenerational solidarity, and support provided to parents by their adult children. *Journal of Gerontology: Social sciences* 2 S, 85-94.

Wu, Z. & Pollard, M. S. 1998. Social support among unmarried childless elderly persons. *Journal of Gerontology: Social sciences* 6 S, 324-335.

**LIITTEET**

## LIITE 1

## IKIVIHREÄT-TUTKIMUS

## PERUSLOMAKE 1

- 1 Haastateltavan numero \_\_\_\_\_
- 6 Sukupuoli
1. mies
  2. nainen

## ASUINOLOT

Asutteko yksin?

1. kyllä
2. ei

14. Jos ei, asutteko yhdessä:

- 20 a) aviopuolison/avopuolison kanssa
- 21 b) omien lasten/lastenlasten kanssa
- 22 c) sukulaisten/sisarusten/muiden kanssa

## PERHESUHTEET

60 43. Oletteko virallisesti naimisissa, leski, eronnut vai naimaton?

1. naimaton
2. naimisissa
3. leski
4. eronnut

69 48. Onko Teillä lapsia?

1. kyllä
2. ei

(Jos ei, siirry kysymykseen 55)

70 Jos kyllä, kuinka monta (elossa)? \_\_\_\_\_71 49. Kuinka usein näette lapsianne?

1. joka päivä
2. joka viikko



3. joka kuukausi
4. muutamia kertoja vuodessa
5. harvoin johtuen maantieteellisistä oloista (pitkät välimatkat)
6. vähän tai ei lainkaan yhteyksiä

- 73 51. Kuinka monta lastenlasta Teillä on?  
lukumäärä \_\_\_\_\_
- 74 52. Kuinka monta lastenlastenlasta Teillä on?  
lukumäärä \_\_\_\_\_
- 75 53. Kuinka usein näette lastenlapsianne ja/tai lastenlastenlapsianne?
  1. joka päivä
  2. joka viikko
  3. joka kuukausi
  4. muutamia kertoja vuodessa
  5. harvoin johtuen maantieteellisistä oloista (pitkät välimatkat)
  6. vähän tai ei lainkaan yhteyksiä
- 77 55. Onko Teillä sisaruksia?
  1. kyllä
  2. ei
- 78 Jos on, kuinka moni on vielä elossa? \_\_\_\_\_
- 79 56. Kuinka usein tapaatte sisaruksianne/sukulaisianne?
  1. joka päivä
  2. joka viikko
  3. joka kuukausi
  4. muutamia kertoja vuodessa
  6. vähän tai ei lainkaan
  7. ei ole sisaruksia/sukulaisia
- 80 57. Kuinka usein puhutte puhelimesta sisarustenne/sukulaistenne kanssa?
  1. joka päivä, tai melkein joka päivä
  2. yksi tai kaksi kertaa viikossa
  3. yksi tai kaksi kertaa kuukaudessa
  4. harvoin
  5. ei koskaan
- 83 60. Kuinka monta sellaista ystävää Teillä on, joita voisitte kutsua todellisiksi ystäviksi, ihmisiä, joihin luotate ja joiden kanssa voisitte puhua henkilökohtaisista asioista?  
kirjoita lukumäärä: \_\_\_\_\_

- 84    61.    Kuinka usein tapaatte läheisiä ystäviänne?
1. joka päivä
  2. joka viikko
  3. joka kuukausi
  4. muutamia kertoja vuodessa
  5. harvoin johtuen maantieteellisistä oloista (pitkät välimatkat)
  6. vähän tai ei lainkaan
  7. ei ole ystäviä
- 87    64.    Kuinka usein tapaatte muita tuttavianne?
1. joka päivä
  2. joka viikko
  3. joka kuukausi
  4. muutamia kertoja vuodessa
  5. harvoin johtuen maantieteellisistä oloista (pitkät välimatkat)
  6. vähän tai ei lainkaan
  7. ei ole tuttavilla
- 88    65.    Kuinka usein puhutte puhelimesta ystäviänne/tuttavienne kanssa?
1. joka päivä tai melkein joka päivä
  2. yksi tai kaksi kertaa viikossa
  3. yksi tai kaksi kertaa kuukaudessa
  4. harvoin
  5. ei koskaan
- 89    66.    Kuinka usein kirjoitatte kirjeitä ystäville ja omaisille?
1. joka päivä tai melkein joka päivä
  2. yksi tai kaksi kertaa viikossa
  3. yksi tai kaksi kertaa kuukaudessa
  4. harvoin
  5. ei koskaan
- 93    70.    Kuinka usein tapaatte naapureitanne?
1. joka päivä
  2. joka viikko
  3. joka kuukausi
  4. muutamia kertoja vuodessa
  5. harvoin johtuen maantieteellisistä oloista (pitkät välimatkat)
  6. vähän tai ei lainkaan
- 100    77.    Onko Teillä käynyt vieraita viimeisen kuukauden aikana?
1. kyllä, useita kertoja
  2. kyllä, kerran tai kahdesti
  3. ei

- 101 78. Oletteko ollut vierailulla toisten luona viimeksi kuluneen kuukauden aikana?
1. kyllä, useita kertoja
  2. kyllä, kerran tai kahdesti
  3. ei

## LIITE 2

## CES-D-KYSELYLOMAKE

LAITAKAA RASTI RUUTUUN, JOKA PARHAITEN KUVAA SITÄ KUINKA USEIN VIIMEKSI KULUNEEN VIIKON AIKANA TUNNITTE SEURAAVALLA TAVALLA

	HARVOIN TAI EI KOSKAAN	JOSKUS	MELKO USEIN	LÄHES KOKO AJAN
1. OLIN JOSKUS LEVOTON ASIOISTA, JOISTA EN YLEENSÄ HUOLESTU				
2. MINUN EI TEHNYT MIELI SYÖDÄ; RUOKAHALUNI OLI HUONO				
3. TUNSIN ITSENI ALAKULOISEKSI PERHEENI JA YSTÄVIENI TUESTA HUOLIMATTA				
4. MINUSTA TUNTUI, ETTÄ OLIN AIVAN YHTÄ HYVÄ IHMINEN KUIN MUUTKIN				
5. MINULLA OLI VAIKEUKSIA KESKITTÄÄ TEKEMISIINI				
6. TUNSIN ITSENI MASENTUNEEKSI				
7. KAIKKI MITÄ TEIN TUNTUI VAIVALLOISELTA				
8. TULEVAISUUS TUNTUI TOIVEIKKAALTA				
9. MINUSTA TUNTUI, ETTÄ OLIN EPÄONNISTUNUT ELÄMÄSSÄNI				
10. PELKÄSIN MONIA ASIOITA				
11. NUKUIN LEVOTTOMASTI				
12. OLIN ONNELLINEN				
13. PUHUIN VÄHEMMÄN KUIN TAVALLISESTI				
14. TUNSIN ITSENI YKSINÄISEKSI				
15. IHMISET OLIVAT EPÄYSTÄVÄLLISIÄ				
16. NAUTIN ELÄMÄSTÄ				
17. MINULLA OLI ITKUKOHTAUKSIA				
18. OLIN SURULLINEN				
19. TUNTUI KUIN IHMISET EIVÄT OLISI PITÄNEET MINUSTA				
20. EN SAANUT ITSEÄNI KUNNOLLA KÄYNTIIN				